

Estratto da:



# ortopedia e traumatologia oggi

---

Vol. VII - n. 6

Novembre-Dicembre 1987

**EMANGIOMA DEL TENDINE D'ACHILLE. ROTTURA SPONTANEA**

*D. Castaldi, G. Mineo, A.M. Previtera, R. Colombi*



**CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI**

Università degli Studi di Milano  
Istituto di Scienze Biomediche  
Polo Universitario Ospedale San Paolo  
\* Clinica Ortopedica Traumatologica  
Direttore: Prof. A. Surace  
\*\* Anatomia ed Istologia Patologica IV  
Direttore: Prof. G. Coggi

## EMANGIOMA DEL TENDINE D'ACHILLE. ROTTURA SPONTANEA

D. Castaldi, G. Mineo, A.M. Previtera \*, R. Colombi \*\*

---

### Riassunto

*Viene descritta una rara angiodisplasia tendinea primitiva, localizzata al tendine d'Achille, giunta all'osservazione a seguito di rottura sottocutanea dello stesso tendine.*

*Vengono delineate le caratteristiche istomorfogenetiche peculiari che permettono di distinguere la neoformazione.*

*Parole chiave:* Emangioma del tendine d'Achille.

### Summary

*A case of hemangioma in Achilles tendon of a young man, 27 years old, is described.*

*The histopathological problems on the classification of the lesion are studied.*

*Key words:* Achilles tendon hemangioma.

---

### Introduzione

Gli emangiomi dei tendini o delle guaine tendinee rappresentano, in assoluto, un riscontro assai raro, come dimostra la scarsa letteratura internazionale.

Si osservano, con maggiore incidenza fra il 1° ed il 3° decennio e sono da considerare eccezionali dopo tale periodo (1, 2, 3).

Pertanto possiamo ritenere degno d'attenzione il caso clinico giunto alla nostra osservazione.

### Caso clinico

Paziente di sesso maschile, di 27 anni d'età, giunto alla nostra osservazione con richiesta di visita specialistica motivata dalla comparsa e dalla persistenza da pochi giorni di dolenzia in sede achillea destra, associata ad impotenza funzionale alla flessione plantare del piede che comportava zoppia.

L'interrogatorio relativo all'anamnesi patologica recente permetteva di puntualizzare sensazione di lacerazione, associata alla comparsa di sintomatologia dolorosa in sede achillea destra, percepita deambulando in salita.

Obiettivamente, all'ispezione si evidenziava l'alterazione del profilo della regione achillea destra, rispetto alla controlaterale, caratterizzata da una depressione a colpo di ascia.

Palpatoriamente si apprezzava, nella stessa sede, una soluzione di continuo nel contesto del corpo del tendine d'Achille.

La manovra di Thompson risultava positiva, attestando la perdita della funzionalità del tricipite della sura destra.

Si constatava, inoltre, l'incapacità, da parte del paziente di sollevarsi sulla punta dei piedi in appoggio monopodalico destro e di flettere plantarmente il piede destro contro resistenza.

La deambulazione, come già detto, risultava disarmonica con zoppia omolaterale alla lesione.

Si poneva, pertanto, diagnosi di « rottura sottocutanea non recente del tendine achillearo destro »; si consigliava il ricovero con indicazione di trattamento chirurgico ricostruttivo.

Ricoverato presso la nostra Clinica Ortopedica (c.c. 000197), il paziente veniva sottoposto ad intervento chirurgico.

### Tecnica chirurgica

Paziente prono, con laccio pneumoischemico alla radice della coscia destra; si eseguiva incisione cutanea secondo Thompson, in sede paratendinea achilleara, mediale, longitudinale a decorso cranio-caudale per circa 15 cm., dal terzo medio della faccia posteriore della gamba all'apofisi calcaneare posteriore.

Incisa l'aponeurosi profonda, si localizza il corpo del tendine d'Achille e la sede della soluzione di continuo nel suo contesto.

Si apprezza l'aspetto similgelatinoso e succulento del moncone distale dello stesso tendine. Al taglio questo presenta scarsa con-

sistenza e nel suo contesto sono riscontrabili aree francamente emorragiche.

Si esegue un prelievo di tessuto tendineo che si invia per esame istologico.

Toilette della regione e successiva ricostruzione tendinea con tenorrafia terminale e plastica di rinforzo secondo Lelievre-Boswort.

Ricostruzione per strati della ferita chirurgica; cute in nylon; confezionamento di apparecchio gessato femoro-podalico a ginocchio flessa a 30° e piede in franco equinismo.

### Anatomia patologica

Macroscopicamente il campione biotico è rappresentato da una masserella irregolare, molle, di 1,5 x 0,5 x 0,5 cm., costituita in parte da tessuto adiposo ed in parte da tessuto biancastro con aree emorragiche.

All'esame istologico il frammento presenta una proliferazione di strutture pseudovascolari di piccolo calibro riunite in isole parzialmente sepiantate da fasci di tessuto connettivo edematoso, scarsamente cellulato ed infiltrato da emazie e da macrofagi ricchi di pigmento emosiderinico (figg. 1, 2).

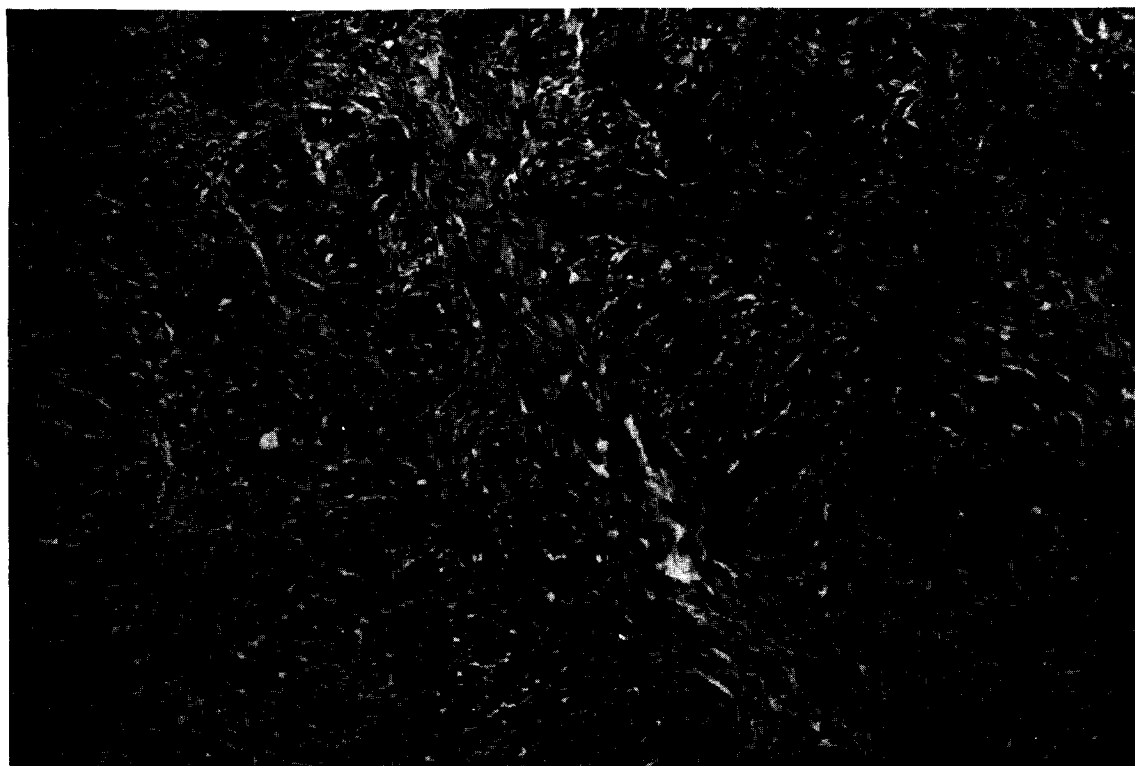


Fig. 1: Isole di vasi neofornati, delimitate da tralci connettivali al centro (Ematossilina eosina, 40 x).

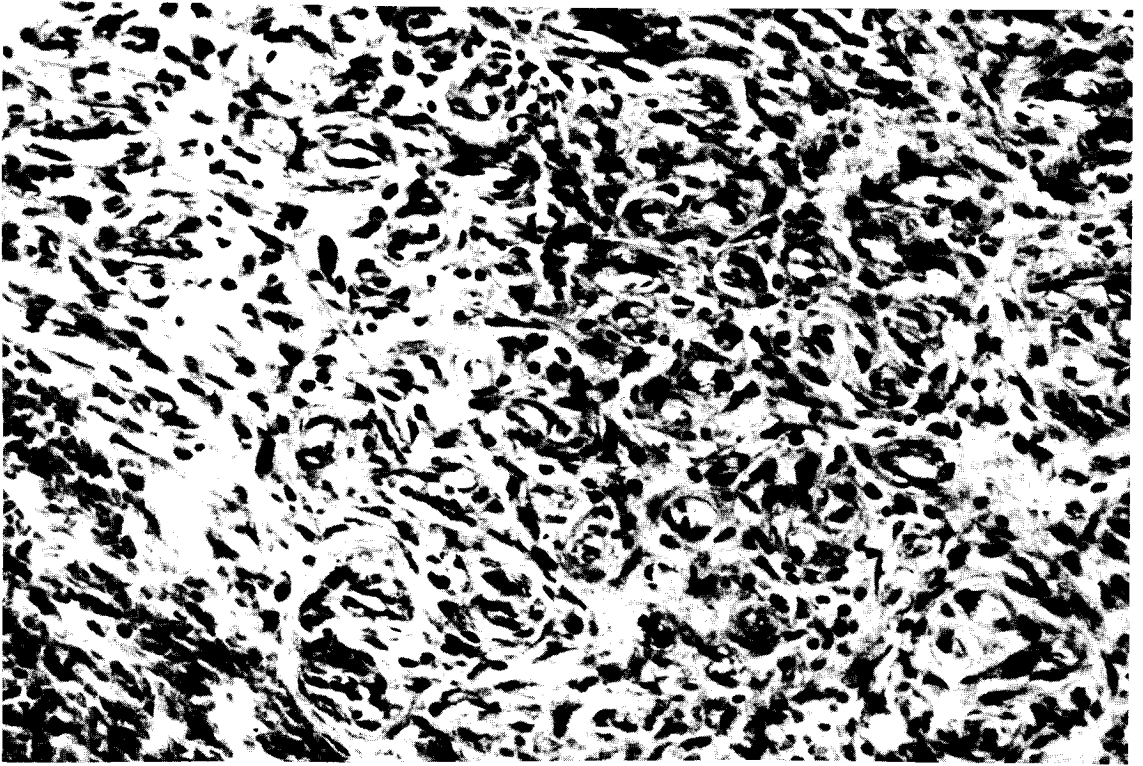


Fig. 2: Particolare delle strutture pseudovascolari di piccolo calibro (Ematossilina eosina, 250 x).



Fig. 3: Trama reticolinica perivascolare (Gomori, 250 x).

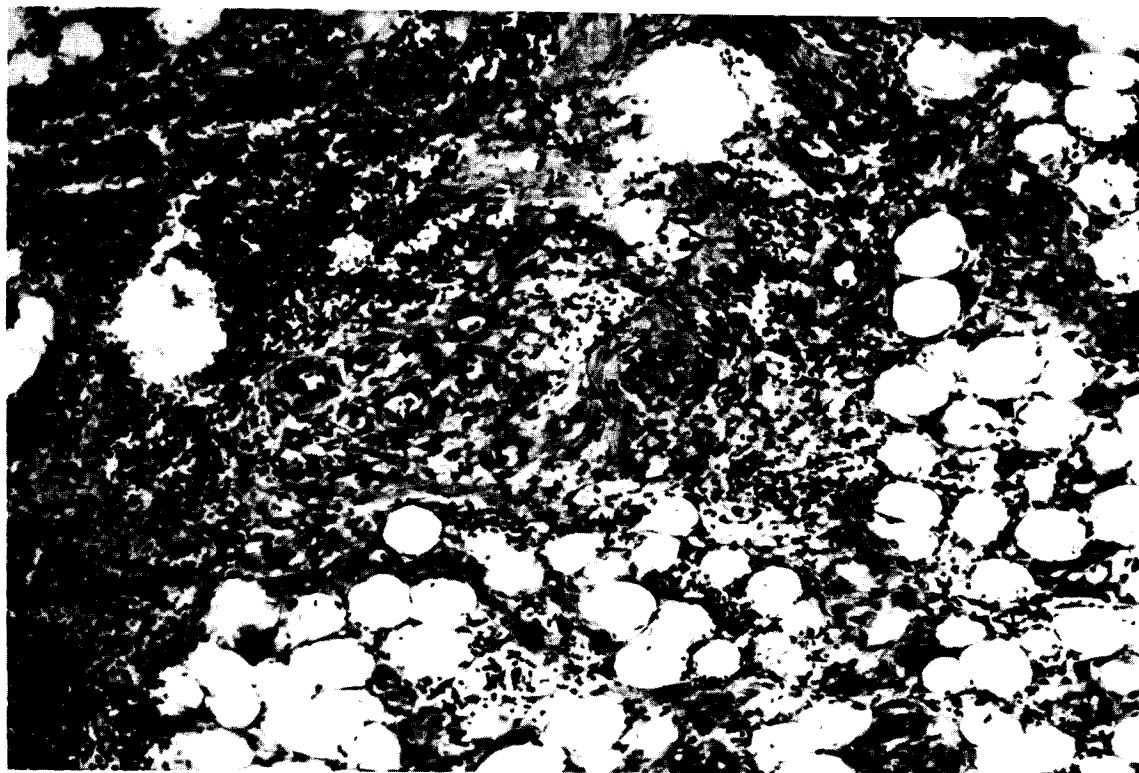


Fig. 4: Aspetti pseudoinfiltrativi della proliferazione vascolare nel tessuto adiposo, accompagnati da ampi stravasi emorragici (Ematossilina eosina, 40 x).

Le strutture vascolari appaiono delimitate singolarmente da una sottile trama reticolinica (fig. 3) e sono rivestite da elementi endoteliali spesso rigonfi, a citoplasma pallido, con nucleo ovoidale, a cromatina omogenea. Non apprezzabile l'indice mitotico.

Tale proliferazione assume focalmente aspetti di pseudoinfiltrazione nel tessuto adiposo (fig. 4).

Assente la componente flogistica sia acuta che cronica.

### Decorso post-operatorio

Il paziente ha avuto un decorso post-operatorio non complicato da patologie intercorrenti ed è stato dimesso in 10<sup>a</sup> giornata con rinvio a controllo ambulatoriale a 20 giorni dall'intervento.

Controlli ambulatoriali sono stati eseguiti con periodicità settimanale, dalla 20<sup>a</sup> giornata post-intervento fino alla 45<sup>a</sup> giornata.

A quella data, l'apparecchio gessato femoro-podalico è stato rimosso ed il paziente ha

iniziato adeguata terapia fisiochinesica per la mobilizzazione articolare del ginocchio e della tibio-tarsica.

Il carico è stato consentito a partire dalla 60<sup>a</sup> giornata.

A tre mesi dall'intervento il paziente deambulava correttamente senza deficit e veniva dichiarato clinicamente guarito.

### Discussione

Gli emangiomi costituiscono una delle più frequenti neoplasie benigne dei tessuti molli, con insorgenza preferenziale a carico della cute e delle mucose.

La localizzazione nei tendini e/o nelle guaine tendinee, costituisce un reperto assai raro, ed eccezionale è da considerare l'insorgenza a carico del tendine d'Achille.

La classificazione istologica dei tumori vascolari benigni, nell'ambito delle lesioni localizzate, comprende le seguenti varianti: 1) emangioma capillare, 2) emangioma cavernoso, 3) emangioma venoso, 4) emangioma

arterovenoso (racemoso), 5) emangioma epitelioide, 6) emangioma tipo granuloma piogenico, 7) emangioma dei tessuti molli profondi (sinoviale, intramuscolare, nervoso).

Considerando la sede d'insorgenza e l'aspetto istologico, il caso giunto alla nostra osservazione va collocato tra gli emangiomi dei tessuti molli profondi e particolarmente tra quelli a sviluppo prevalentemente intratendineo che, come risulta dalla scarsa letteratura internazionale, si localizzano preferibilmente nei tendini di maggiore dimensione dell'arto inferiore e cioè il tendine d'Achille e quello quadricipitale.

La diagnosi differenziale va fatta, prima di tutto, con l'emangioma sinoviale che si sviluppa nella guaina tendinea.

Questo tipo di tumore si localizza prevalentemente all'arto superiore, al 3° distale dell'avambraccio, nel carpo e nella faccia palmare e dorsale della mano, con interessamento soprattutto dei tendini flessori ed estensori delle dita e gli estensori del 1° dito della mano.

La localizzazione nella forma sinoviale nell'arto inferiore si ha prevalentemente a carico del tibiale posteriore, degli estensori delle dita e del flessore lungo dell'alluce.

Inoltre dal punto di vista strettamente microscopico gli emangiomi sinoviali si caratterizzano per la presenza di ampie lacune pseudovascolari a tipo cavernoso che mancano del tutto nel nostro caso.

Per quanto concerne la diagnosi differenziale con altre forme di tumori benigni di origine mesenchimale (fibromi, lejomomi, lipomi ecc.) non esistono dubbi sulla base dei reperti istologici evidenziati.

La possibile recidiva dopo asportazione chirurgica è del tutto trascurabile per quello che a tutt'oggi è dato conoscere.

La malignizzazione di queste forme è fino ad oggi sconosciuta, pur tuttavia l'aspetto pseudoinfiltrativo comune agli emangiomi capillari può indurre a pensare, in termini accademici, ad una potenzialità di questo tipo.

## Conclusioni

L'obiettività clinica e quella istologica depongono per la presenza di un emangioma intratendineo del tendine d'Achille.

La presenza di tale neoplasia ha determinato la dissociazione e l'interruzione dei fasci collageni fino a determinare con il concorso dei microtraumatismi iterativi, insiti nella funzionalità dell'achilleo nella deambulazione, la sua rottura sottocutanea.

Indubbia pertanto l'indicazione chirurgica sia per il ripristino, con la riparazione anatomica, della funzionalità, sia per la necessità di ottemperare ad accurata toilette della neoplasia, anche se ciò è stato, per quello che ci concerne, consequenziale alla prima indicazione.

## Bibliografia

1. Anzel S.H., Covey K., Weiner A.D., Lipscomb P.R.: *Disruption of muscle and tendon*. Surgery, 45 (3): 406-414, March 1959.
2. Arner O., Lindholm A., Orell S.R.: *Histologic changes in subcutaneous rupture of the Achilles tendon*. Acta Chir. Scandinav., 116: 484-490, 1958-1959.
3. Boni M.: *Lesioni traumatiche dei tendini*. Relaz. XLVI Congr. S.I.O.T., Roma, 1-41, Nov. 1961.
4. Burman M., Milgram J.E.: *Haemangioma of tendon and tendon sheat*. Surg. Gynec. Obstet., 50: 397-406, 1930.
5. Del Torto U.: *Anatomia e fisiopatologia dei tendini*. Relaz. XLVI Congr. S.I.O.T., Roma, 88-96, Nov. 1961.
6. Demel Z.: *Histochemical and ultrastructural study of adult human tendon*. Acta Histochemica, 65: 250-254, 1979.
7. Erban W.K., Rathke F.W.: *Achillessehnenrupturen unter berucksichtigung aufergewoehnliches formrn*. Acta Orthop. Unfall Chir., 80: 1-11, 1974.
8. Fox J.M., Blazina M.E., Jobe F.W., Kerlan R. K., Carter W.S., Shields C.L.: *Degeneration and rupture of the Achilles tendon*. Clin. Orthop. and Related Research, 107: 221-224, March-April 1975.
9. Goidanich I.F., Campanacci M.: *Amartomi vascolari e angiodisplasie degli arti*. Cappelli Edit., Bologna, 1964.
10. Harkins H.N.: *Haemangioma of tendon or tendon sheat. Report of a case with a study of twenty-four cases from the literature*. Arch. Surg., 34: 12-22, 1937.
11. Jaffe H.L.: *Tumors and tumorous conditions of the bones and joints*. Lea & Febiger, Philadelphia, 527-529, 1959.

12. Lagergren C., Lindholm A.: *Vascular distribution in the Achilles tendon*. Acta Chir. Scand., 116: 491-495, 1958-1959.
13. Massera L.: *Emangioma in sede di rottura sottocutanea del tendine di Achille*. Arch. Ital. Chir., 71: 162, 1949.
14. Perugia L., Postacchini G.: *Subcutaneous rupture of the Achilles tendon*. Int. Surg., 61: 14-21, 1976.
15. Schwartz E.: *Rupture pathologique du tendon d'Achille*. Bull. et Mem. Soc. Chir., Paris, 36: 805-810, 1910.
16. Stout A.P.: *Tumors featuring pericytes*. Lab. Inv., 5: 217, 1956.
17. Stout A.P., Lattes R.: *Tumours of the soft tissues*. Atlas of Tumor Pathol., II Series, f. I, 1967. Armed Forces Inst. of Pathology, Washington D.C.
18. Waddel G.F.: *A haemangioma involving tendons*. J. Bone Joint Surg., 49-B: 138-141, Feb. 1967.
19. Watson W.L., McCarthy A.D.: *Blood and lymph vessel-tumors. A report of 1046 cases*. Surg. Gynec. Obst., 71: 569-588, 1940.