

Utilidad de la artroscopia en el tratamiento de la sinovitis villonodular localizada.

López Arroyo A., Jiménez Ortiz M., Medina Amador R., Zorrilla Ribot P.
GAI-CR.

Resumen

La distrofia sinovial es una entidad relativamente frecuente en la rodilla con diferentes formas de presentación. Dentro de las más frecuentes encontramos la sinovitis villonodular localizada la cual suele ser una lesión sintomática caracterizada por dolor y derrames de repetición y por tanto es usual la necesidad de tratamiento quirúrgico. Entre las opciones terapéuticas el avance de las técnicas artroscópicas ha hecho que se convierta en el gold standard de tratamiento en este tipo de patologías. En este artículo presentamos un caso clínico de sinovitis villonodular localizada con imágenes detalladas radiográficas y artroscópicas.

Synovial dystrophy is a relatively common entity in the knee with different forms of presentation. Among the most frequent we find localized villonodular synovitis which is usually a symptomatic lesion characterized by pain and recurrent effusions and therefore the need for surgical treatment is common. Among the therapeutic options, the advance of arthroscopic techniques has made it the gold standard of treatment in this type of pathology. In this article we present a clinical case of localized villonodular synovitis with detailed radiographic and arthroscopic images.

Palabras clave: rodilla — sinovitis — artroscopia.

Keywords: knee — sinovitis — arthroscopy.

Correspondencia: albertolarroyo74@gmail.com

1. Introducción

Las distrofas sinoviales son entidades proliferativas de tipo benigno de la sinovial, de carácter inflamatorio o neoplásico no bien definidos. Son un grupo de enfermedades cuyo potencial agresivo sobre la articulación es grande, debido a cambios metaplásicos inducidos en la membrana sinovial y a la formación de cuerpos libres articulares(1). Dentro de las distrofas destacan la sinovitis villonodular pigmentada y la condromatosis sinovial.

A continuación se presenta el caso clínico de una sinovitis villonodular pigmentada localizada tratada de manera artroscópica.

2. Caso Clínico

Se presenta paciente de 59 años con dolor en cara anterior y derrames de repetición de rodilla derecha de 3 años de evolución. En primera instancia se

inició tratamiento con analgésicos, infiltraciones y un programa rehabilitador sin mejoría clínica.

A la exploración física, la rodilla derecha presentaba leve derrame articular. A la palpación se observa tumor a nivel infrapatelotuliano interno. El rango articular estaba conservado. Resto de la exploración se encontraba dentro de la normalidad.

En la radiografías convencionales no se apreciaba ninguna lesión ósea.

En la resonancia magnética se observa derrame articular y 2 tumoraciones: una de ellas en zona de intercóndilo e hipertensa en T2 (sospecha diagnóstica de ganglión) y una segunda tumoración en región infrapatelotuliana medial de baja intensidad en T1 y heterogénea en T2 (figura 1).

Con los hallazgos de las pruebas de imagen, se decide la realización de una artroscopia la cual se confirma tumoración bajo alerón rotuliano interno, poco adherido y otra tumoración más pequeña de aspecto sugestivo de ganglión adyacente a



Figura 1: Imágenes de resonancia magnética (cortes sagitales; izquierda y centro; corte axial: derecha). Se puede observar tumoración en zona suprarrotuliana.

la inserción del LCA (figura 2). Mediante técnica artroscópica, se procede a la escisión de sendas tumoraciones siendo necesario la realización de una miniartrotomía (delimitada vía artroscópica) para la extracción de la lesión localizada en zona infrarrotuliana debido a su tamaño (figura 3).

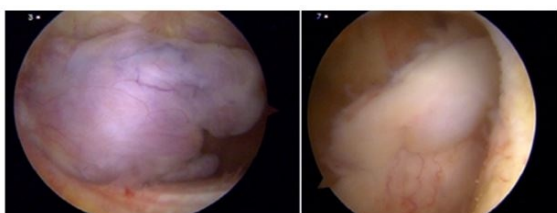


Figura 2: Imágenes artroscópicas de ambas tumoraciones. A la izquierda, la sinovitis villonodular pigmentada. A la derecha, ganglión intraarticular.

Se envían a analizar anatomopatológicamente, confirmando posteriormente el diagnóstico de sospecha de sinovitis villonodular pigmentada localizada.

En el postoperatorio, el paciente presenta gran mejoría clínica, sin episodios de bloqueos ni derrame con un rango de movilidad normal (0-110 grados) tras 12 meses de la cirugía.

Discusión

La sinovitis villonodular pigmentada se caracteriza por ser una distrofia sinovial de carácter reactivo sin una etiología clara (el 50% de los casos existe un antecedente traumático) que produce engrosamiento exuberante y difuso de la sinovial formando múltiples vellosidades nodulares con depósitos grasos y hemosiderina^{1,2}.

Se considera el hemartros de repetición como el factor desencadenante del cuadro clínico.

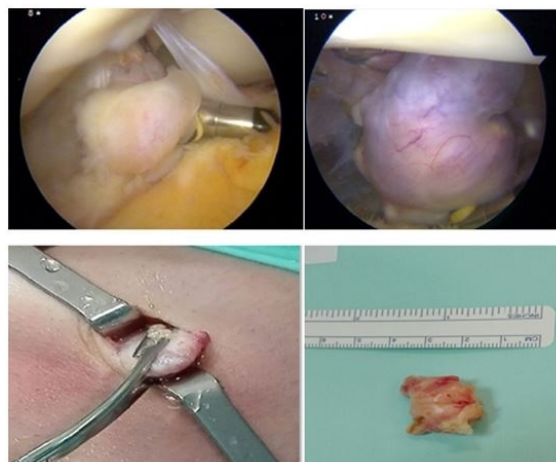


Figura 3: Se observa en las imágenes superiores la escisión mediante técnica artroscópica de ambas tumoraciones. En las imágenes inferiores se puede observar la miniartrotomía para la extracción de la sinovitis villonodular localizada.

La edad media de aparición es entre 25-45 años con igual prevalencia entre ambos sexos. Puede afectar a cualquier localización, siendo la más frecuente la rodilla. Por lo general, la afectación suele ser monoarticular. Tiene dos formas de presentación, difusa o localizada, lo que conlleva una implicación pronóstica¹.

Desde el punto de vista anatomopatológico, las vellosidades están formadas por infiltrado de fibroblastos, macrófagos, células gigantes multinucleadas y células inflamatorias rodeadas de células sinoviales reactivas que contienen depósitos de colesterol y hemosiderina dándole aspecto a la membrana sinovial de múltiples nódulos o vellosidades de color marrón parduzco.

El cuadro clínico que presenta suele ser gonalgia y tumefacción, asociado a episodios recurrentes de hemartros, lo que puede conllevar a restricción de rango de movilidad. Puede asociarse en algunos casos a bloqueos mecánicos.

En la radiografía simple no aparecen lesiones mineralizadas haciendo el diagnóstico diferencial con la condromatosis sinovial. La RMN demuestra la existencia de derrame y múltiples masas nodulares intraarticulares de intensidad baja en T1 y T2 debido a la presencia de hemosiderina y permite diferenciar el tipo de extensión: local o difusa. En

señal T2 en secuencia gradiente Echo se observa una lesión de señal baja heterogénea (blooming artifact) muy característico.

La presencia de hemosiderina en el estudio anatomopatológico o en las pruebas complementarias se considera un signo patognomónico de SVNP¹.

Debido a su difícil manejo e incierto pronóstico, no hay un algoritmo de tratamiento claro para dicha patología.

En cuanto al pronóstico, se considera a la SVNP una lesión que no maligniza pero sí con recidivas frecuentes tras su tratamiento quirúrgico, con una probabilidad de recurrencia a los 25 años del 65%. Dicha recidiva del cuadro suele ocasionar un patrón de destrucción localmente agresivo e invalidante en la articulación afecta. Es por ello y para prevenir dichas complicaciones que se recomienda establecer un seguimiento a medio-largo plazo³.

El tratamiento es fundamentalmente quirúrgico. Consiste en la extracción del tejido anómalo mediante sinovectomía⁴. La exéresis completa es el mejor indicador de buen resultado postoperatorio, siendo más fácil de realizar en las condromatosis y las SVNP localizada, pero de gran dificultad en las formas difusas⁴. La exéresis en las SNVP localizadas y las condromatosis sinoviales se puede realizar por vía artroscópica o abierta. Diferentes estudios han comparado los dos procedimientos, obteniendo resultados similares en cuanto a recurrencias y una tasa de morbilidad menor con la cirugía artroscópica. Por tanto, la cirugía artroscópica es de elección en la rodilla (en el resto de localizaciones no se hay estudios comparativos) salvo en localizaciones de difícil acceso⁴.

3. Conclusión

- Ante un paciente con derrames de repetición de rodilla es imprescindible descartar la existencia de distrofia sinovial.

- El estudio de resonancia magnética tienen gran importancia en su diagnóstico de sospecha, siendo el estudio anatomopatológico el gold standard en el diagnóstico.

- El tratamiento artroscópico es de elección en las presentaciones localizadas de las distrofias sinoviales.

- El principal factor pronóstico para la no recurrencia es la resección total de la lesión.

Bibliografía

1. K.H. Patel, P.D. Gikas, R.C. Pollock et al. Pigmented villonodular synovitis of the knee: A retrospective analysis of 214 cases at a UK tertiary referral centre. *Knee* (2017), <http://dx.doi.org/10.1016/j.knee.2017.03.011>
2. Stephen, B. Shallop, R. Lackman et al. Pigmented villonodular synovitis. A comprehensive review and proposed treatment algorithm. *JBJS REVIEWS* 2016;4(7):e3 · <http://dx.doi.org/10.2106/JBJS.RVW.15.00086>
3. Aurégan JC, Klouche S, Bohu Y et al. Treatment of pigmented villonodular synovitis of the knee. *Arthroscopy*.2014;30:1327-41.
4. Botez P, Sirbu PD, Grierosu C et al. Adult multifocal pigmented villonodular synovitis- clinical review. *Int Orthop*. 2013;37:729-33.