

# UTILIDAD DE LA ARTROSCOPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA SINOVITIS VILLONODULAR LOCALIZADA

## AUTORES

Alberto Lopez Arroyo

Manuel Jimenez Ortiz

Rocío Medina Amador



**SECOT**

Sociedad Española  
de Cirugía Ortopédica  
y Traumatología

## ANAMNESIS

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.

## EXAMEN FÍSICO

A la exploración física, la rodilla derecha presentaba leve derrame articular con molestias. Se objetiva bloqueo articular con la movilidad pasiva y activa. No déficit a la extensión ni flexión. A la palpación se observa tumor a nivel infrapararrotuliano interno. La exploración neuro-vascular distal se encontraba conservada.

## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- En la radiografías convencionales no se aprecia ninguna lesión ósea. En la resonancia magnética se observa derrame articular y 2 tumoraciones: una de ellas en zona de intercóndilo e hipertintensa en T2 (sospecha diagnóstica de ganglión) y una segunda tumoración en región infrarrotuliana medial de baja intensidad en T1 y heterogénea en T2 ( figura 1).

## DIAGNÓSTICO

- Sinovitis villonodular localizada y ganglión intraarticular en rodilla derecha

## TRATAMIENTO

Con los hallazgos de las pruebas de imagen, se decide la realización de una artroscopia con la cual se confirma tumoración bajo alerón rotuliano interno, poco adherido y otra tumoración más pequeña de aspecto sugestivo de ganglión adyacente a la inserción del LCA (figura 2). Se observa rotura compleja del menisco lateral y cambios degenerativos artrósicos en compartimento lateral. Condropatía grado II en cóndilo femoral externo y grado III en platillo tibial externo.

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 tamaño (figura 3).

Se envían a analizar anatomopatológicamente, confirmando posteriormente el diagnóstico de sospecha.

## EVOLUCIÓN

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

Las distrofias sinoviales son entidades proliferativas de tipo benigno de la sinovial, de carácter inflamatorio o neoplásico no bien definidos. Son un grupo de enfermedades raras cuyo potencial agresivo sobre la articulación es grande, debido a cambios metaplásicos inducidos en la membrana sinovial y a la formación de cuerpos libre articulares (1).

Dentro de las distrofias destacan la sinovitis villonodular pigmentada y la condromatosis sinovial

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.

Se trata de una enfermedad rara. 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 pronóstica (1).

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 y en algunos casos a bloqueos mecánicos.

Todo paciente con movilidad articular conservada y hemartros sin traumatismo previo, debemos pensar en un cuadro de SVNP como primer diagnóstico de sospecha. El diagnóstico definitivo en estos casos suele ser difícil al tratarse de una patología intraarticular y que muchas veces se acompaña de antecedente traumático que retrasa el diagnóstico (2)(3).

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 SVNP (1).

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

En cuanto a la condromatosis sinovial primaria, se considera una metaplasia caracterizada por la formación de nódulos metaplásicos condrales de tipo benigno que pueden desprenderse formando cuerpos libres. De etiología desconocida, su forma de presentación suele ser inflamación con síntomas de tipo mecánico como son los bloqueos. En la anatomía patológica se caracteriza por una sinovial engrosada con múltiples nódulos de cartílago hialino. En la radiografías se puede observar lesiones calcificadas redondeadas.

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 plazo (3).

El tratamiento es fundamentalmente quirúrgico. Consiste en la extracción del tejido anómalo mediante sinovectomía amplia en la forma localizada, o completa en la forma difusa (4).

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 difusas (4).

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 acceso (4).

## IMÁGENES

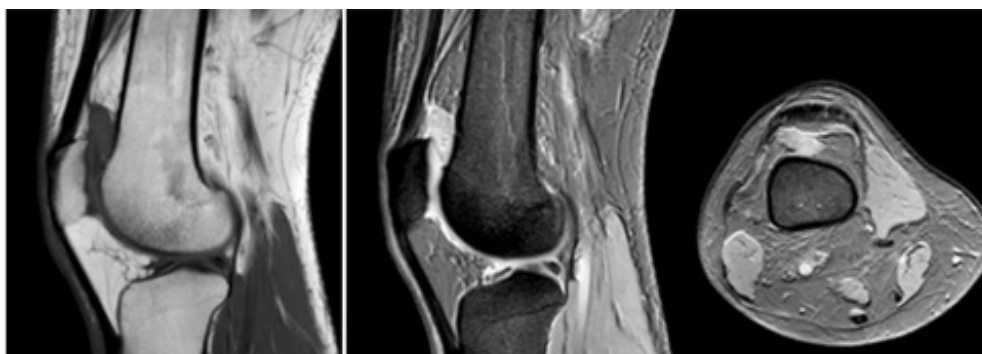


Figura 1: imágenes de resonancia magnética (cortes sagitales: izquierda y centro; corte axial: derecha). Se puede observar tumoración en zona suprarrotuliana.

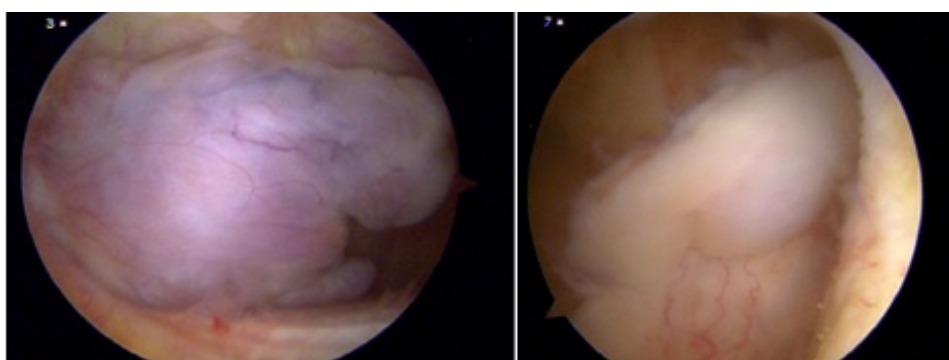


Figura 2: imágenes artroscópicas de ambas tumoraciones. A la izquierda, la sinovitis villonodular pigmentada. A la derecha, ganglión intraarticular.

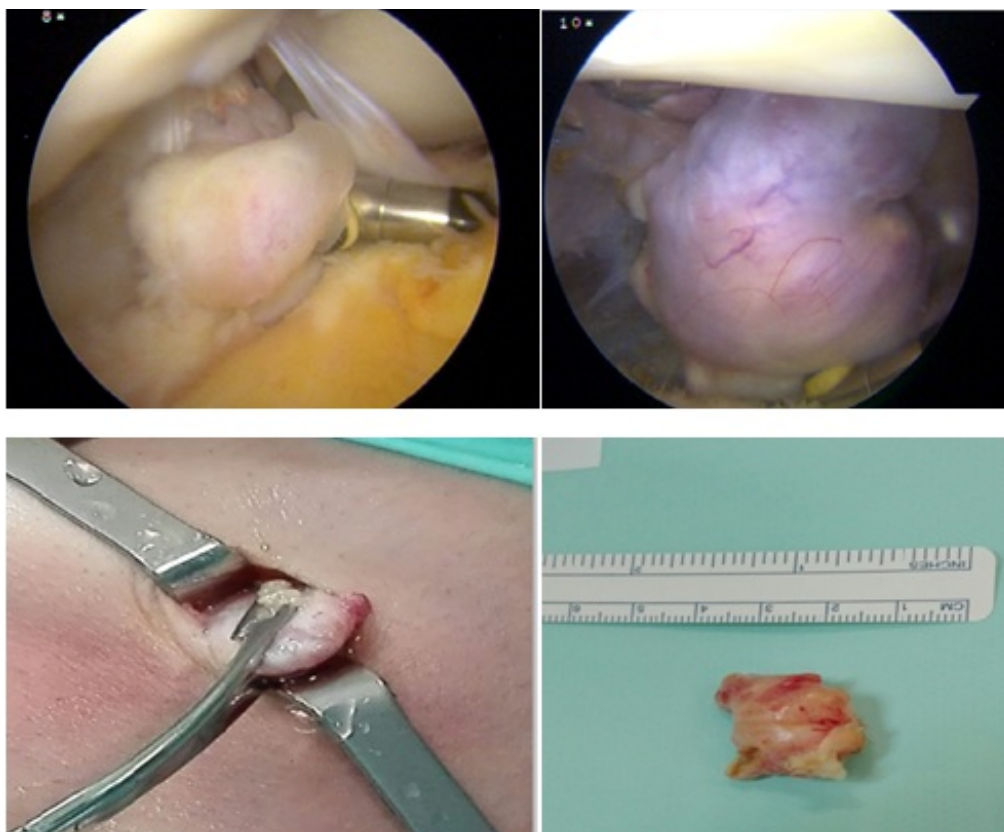


Figura 3: se observa en las imágenes superiores la escisión mediante técnica artroscópica de ambas tumoraciones. En las imágenes inferiores se puede observar la miniartrotomía para la extracción de la sinovitis villonodular localizada.

## 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. Shalloo, 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