

TRATAMIENTO ARTROSCÓPICO EN LA CONDROMATOSIS SINOVIAL DE RODILLA

Ramos Santos, J; Gómez Cáceres, A; Álvarez-Manzaneda Hernández, R
Hospital Regional Universitario de Málaga

Introducción

La condromatosis sinovial es una patología benigna poco frecuente caracterizada por formación metaplásica de múltiples nódulos cartilaginosos dentro del tejido conectivo de la membrana sinovial de las articulaciones, vainas tendinosas y bursas. Comienza por pequeñas vellosidades muy numerosas que adoptan una forma al principio sésil, luego pedunculosa, estas mismas se hacen cartilaginosas y pueden desprenderse y flotar dentro de la articulación. Nuestro objetivo es revisar esta patología a propósito de un caso tratado artroscópicamente.

Objetivo

Revisión de la condromatosis sinovial de rodilla a propósito de un caso tratado artroscópicamente.

Material y métodos

Mujer de 30 años con gonalgia en tratamiento médico, derrame articular (sinovitis crónica) y bloqueo articular con la marcha. Tras 5 meses de tratamiento rehabilitador, artrocentesis repetidas y varias infiltraciones con corticoides refiere persistencia del dolor y de los bloqueos. El arco de movilidad pasivo es completo (0°-120°). Bloqueos con limitación en el arco de movilidad activo 0°-100°. Escala KSS inicial de 79 puntos. RNM: derrame articular, cuerpos libres intraarticulares. Artroscopia: 3 cuerpos libres, que extraemos. Sinovitis en fondo de saco supra-rotuliano. Se completa el tratamiento con sinovectomía. Se mandan los cuerpos libres a estudio anatomopatológico y se diagnostica de condromatosis sinovial (estadio 2 de Milgram). Tras 6 meses rehabilitando alcanza un arco completo funcional activo y pasivo, sin gonalgia y con un KSS final de 98 puntos. No hubo recidivas del cuadro tras 1 año de seguimiento.

Discusión

Existen controversias con respecto al tratamiento de la condromatosis sinovial de rodilla. Autores como Jeffreys, Dorfman y Shpitzer sugieren que la sola extracción de los cuerpos libres es suficiente. Sin embargo otros autores señalan la necesidad de realizar una sinovectomía minuciosa a fin de evitar la recidiva de la enfermedad. Coolican y Dandy demostraron que la remoción de los cuerpos libres seguidos por sinovectomía artroscópica es el tratamiento de elección para esta entidad y más recientemente Olgibie-Harris y Saleh en 1994 realizaron un trabajo donde compararon los resultados obtenidos en dos grupos de pacientes. En el primero realizaron solamente la extracción de los cuerpos libres intraarticulares, y en el segundo agregaron sinovectomía artroscópica encontrando una significativa disminución de la recurrencia de la afección en los pacientes tratados de esta última manera. La recidiva analizada por Maurice y col alcanzó al 11% de los casos, ese mismo autor analiza la duda de haber realizado la extracción de todos los cuerpos libres en sus artroscopias. En una serie de trece pacientes con condromatosis sinovial, encontró una recurrencia de cuerpos libres en cinco casos, que debieron ser reoperados al año, y en tres de estos enfermos fue necesario realizar una sinovectomía. Nosotros pensamos que la entidad que nos ocupa es una enfermedad de la membrana sinovial, en la que ocurre una metaplasia de la misma originando tejido cartilaginoso heterotópico, que puede o no calcificarse u osificarse, desconociendo si esta posibilidad de comportamiento puede tener un carácter evolutivo. Asimismo advertimos sobre las formas de condromatosis puramente condrales, ya que al no manifestarse radiológicamente pueden pasar desapercibidas y ser interpretadas como simples sinovitis.

Conclusión

Creemos que esta enfermedad se origina en la membrana sinovial y por tanto el tratamiento quirúrgico, único con el que contamos hasta el momento actual, debe ser la extirpación del tejido enfermo. La simple remoción de los cuerpos libres intraarticulares, significa actuar sobre los efectos que produce la metaplasia sinovial, pero no sobre su causa. Por eso creemos que la extirpación de los cuerpos libres debe ir acompañada siempre de la sinovectomía amplia a fin de garantizar una disminución de las recurrencias.

También pensamos que es muy difícil, sino imposible asegurar que se ha realizado una sinovectomía completa, por cualquier técnica que utilicemos, preferimos el procedimiento artroscópico porque creemos que es el que más garantiza la realización de una resección lo más amplia posible.