

Caso clínico

Condromatosis sinovial: una causa poco frecuente de omalgia. Revisión de la literatura a propósito de un caso

D. Campillo-Recio¹, L. Candiotti¹, M.^a T. Marlet¹, A. Miquelarena², V. Marlet¹

¹ Hospital Universitario Quirón Dexeus. Instituto Catalán de Medicina Deportiva (ICATME). Barcelona

² Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Naval Pedro Mallo. Buenos Aires, Argentina

Correspondencia:

Dr. David Campillo Recio

Correo electrónico: davidcr85@hotmail.com

Recibido el 24 de junio de 2017

Aceptado el 20 de julio de 2017

Disponible en Internet: septiembre de 2017

RESUMEN

La omalgia es un motivo muy frecuente de consulta en centros de atención primaria y servicios de urgencias. La gran mayoría de los casos están relacionados con la patología del manguito rotador; sin embargo, existen otras causas menos frecuentes como la condromatosis sinovial que pueden provocar dicha sintomatología. Presentamos un caso atípico de condromatosis sinovial glenohumeral.

Palabras clave: Condromatosis sinovial. Omalgia. Dolor. Hombro.

ABSTRACT

Synovial chondromatosis: an uncommon cause of shoulder pain. Case report

Shoulder pain is a frequent cause of consultation in primary care centers and emergency departments. Most cases are related to the rotator cuff pathology; however, there are other less frequent causes such as synovial chondromatosis, which can cause this symptomatology. We present a case and a literature review.

Key words: Synovial chondromatosis. Shoulder. Pain.

Introducción

La omalgia es la tercera causa musculoesquelética más frecuente de consulta, con cifras de prevalencia entre el 16 y el 26%⁽¹⁾, siendo más frecuente en adultos jóvenes. Se trata de un síndrome clínico incapacitante, relacionado en la mayoría de los casos con el sobreesfuerzo, que tiene elevados

costes asociados, tanto directos como indirectos. La gran mayoría de los casos están relacionados con la patología del manguito rotador; sin embargo, existen otras causas menos frecuentes como la condromatosis sinovial que pueden provocar dicha sintomatología. A continuación, presentamos un caso atípico de condromatosis sinovial glenohumeral tratada por artroscopia.



<https://doi.org/10.24129/j.reaca.24259.fs1706023>

© 2017 Fundación Española de Artroscopia. Publicado por Imaidea Interactiva en FONDOSCIENCE® (www.fondoscience.com). Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (www.creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

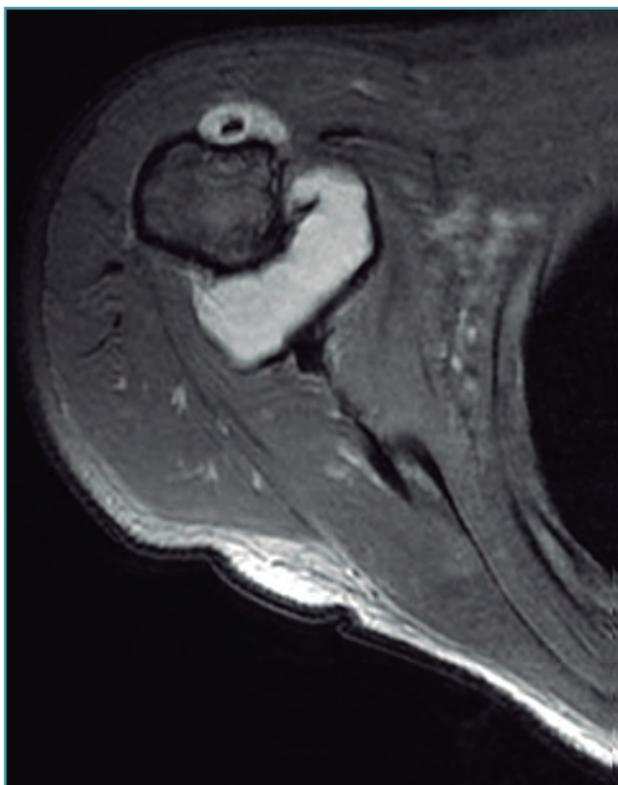


Figura 1. Resonancia magnética, T1 corte axial: condromatosis sinovial.

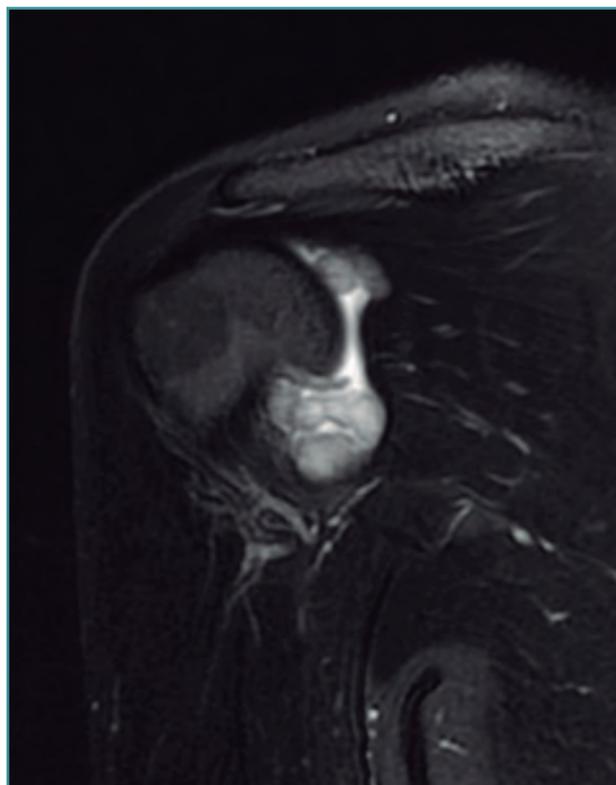


Figura 2. Resonancia magnética, T2 corte coronal: condromatosis sinovial.

Caso clínico

Se trata de una mujer de 23 años, sin antecedentes personales de interés, trabajadora activa, diestra, que acudió a consultas externas por omalgia derecha, de 6 meses de evolución. Refería un inicio progresivo sin antecedente traumático. En la exploración física, la paciente presentaba una limitación en el balance articular a 150° de anteversión y 45° de rotación externa activa y pasiva. Las maniobras de provocación subacromial resultaron negativas.

Se realizaron radiografías anteroposterior y axial de hombro, objetivándose calcificaciones intraarticulares, redondeadas, bien delimitadas. Ante dichos hallazgos, se procedió a la realización de una resonancia magnética (RM). En dicha prueba se objetivaron lesiones quísticas múltiples, bien delimitadas, algunas de ellas isointensas en T1, junto a otras lesiones hipointensas en T1 y T2 en la articulación glenohumeral compatibles con el diagnóstico de condromatosis sinovial (**Figuras 1 y 2**).

Con el diagnóstico de condromatosis sinovial de hombro derecho se procedió a la realización de una artroscopia, viendo múltiples cuerpos libres intraarticulares, la mayoría de ellos de consistencia cartilaginosa (**Figuras 3 y 4**) y se procedió a su extracción por vía artroscópica (**Figura 5**). Tras la cirugía, se remitió a la paciente a recuperación funcional, presentando una buena evolución clínica. La paciente se encuentra asintomática en el momento actual, presentando un balance articular completo.

Discusión

A pesar de la escasa incidencia, la condromatosis sinovial es una patología a tener en cuenta en casos de omalgia crónica. Dicha enfermedad consiste en una metaplasia benigna de la membrana sinovial. Existen 2 formas según su etiología, primaria y secundaria⁽²⁾. La etiología de la forma primaria es desconocida, aunque se ha relacionado con mutaciones cromosómicas (p21.3, 12q3)⁽³⁾. Esta forma primaria afecta a 1/100.000 personas, siendo, en la

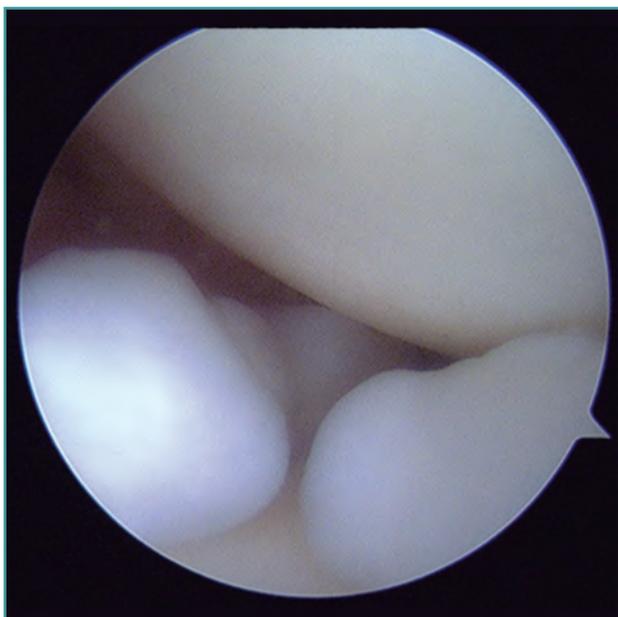


Figura 3. Imagen artroscópica: cuerpos libres en condromatosis sinovial.

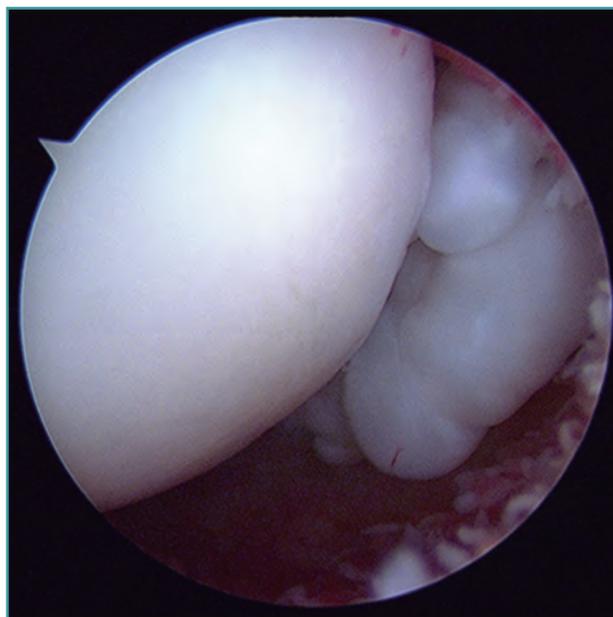


Figura 4. Imagen artroscópica: cuerpos libres en condromatosis sinovial.



Figura 5. Exéresis de cuerpos libres.

mayoría de los casos, una afectación monoarticular⁽³⁾. Nuestro caso presenta características atípicas en relación con esta patología, ya que afecta más frecuentemente a hombres de entre 30 y 50 años, siendo la rodilla la articulación más involucrada

(70% de los casos), seguida de la cadera y el hombro con porcentajes variables según las series^(3,4). En cuanto a la forma secundaria, se relaciona con la artropatía degenerativa, osteonecrosis, osteocondritis disecante, neuropatía, traumatismos o la artritis reumatoide, siendo generalmente poliarticular y afectando a pacientes de mayor edad^(2,5). Los pacientes presentan síntomas como dolor articular, inflamación local y limitación del balance articular. Milgram⁽⁶⁾ dividió la evolución de la enfermedad en 3 fases. La fase inicial se caracteriza por la producción de condromas en relación con la proliferación sinovial. Posteriormente, se produce la calcificación de los condromas, dando lugar a los osteocondromas, que finalmente se desprenden en forma de cuerpos libres en la articulación.

En la radiografía convencional se pueden observar calcificaciones en relación con osteocondromas en fases avanzadas, aunque es importante resaltar la ausencia de estas calcificaciones en más del 30% de los pacientes⁽⁷⁾. En cuanto a la ecografía, los nódulos cartilaginosos presentan una señal hipoeoica, aumentando dicha señal a medida que se calcifican. Los hallazgos en RM dependen del estadio de la enfermedad, siendo la prueba de referencia para el diagnóstico. En los casos de condromatosis sinovial primaria es frecuente encontrar múltiples osteocondromas, de

contorno regular y de gran tamaño, siendo más heterogéneos e irregulares en las formas secundarias⁽²⁾. En cuanto a las características de la imagen en la RM^(7,8), en fases iniciales se objetivan lesiones no calcificadas que presentan señal isointensa con el tejido muscular en T1 e hiperintensa en T2, bien diferenciadas del derrame articular. En estos casos, el contraste intravenoso puede resultar de utilidad. En fases más avanzadas, los nódulos calcificados presentan una señal hipointensa en todas las secuencias de la RM. El tratamiento de elección es el tratamiento quirúrgico mediante la exéresis de las lesiones, siendo la artroscopia el tratamiento de elección ya que reduce los riesgos asociados a la cirugía abierta, como la afectación del músculo subescapular en el 23% de los pacientes sometidos a esta última o una reducción de fuerza en el 27% de los mismos⁽³⁾. Las tasas de recurrencia se sitúan en torno al 20-50%, principalmente en casos con importante sinovitis asociada⁽³⁾. Por eso, es importante realizar una sinovectomía amplia. Aunque el riesgo de transformación maligna es bajo, con tasas en torno al 5%⁽⁴⁾, hay que sospecharla en casos de empeoramiento clínico asociados a osteolisis en las pruebas de imagen.

En conclusión, la condromatosis sinovial es una patología poco frecuente, pero hay que tenerla en cuenta en pacientes con omalgia crónica. La etiología de la forma primaria es desconocida, siendo más frecuente en hombres entre 30 y 50 años. Los síntomas típicos son el dolor y la limitación de la movilidad. Los hallazgos en las técnicas de imagen dependen de la evolución de la enfermedad, siendo la prueba diagnóstica de referencia la RM. El tratamiento consiste en la exéresis quirúrgica artroscópica con una tasa de recurrencia en torno al 20-50%.

Responsabilidades éticas

Conflicto de interés. Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Financiación. Este trabajo no ha sido financiado.

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Mitchell C. Shoulder pain: diagnosis and management in primary care. *BMJ*. 2005;331:1124-8.
2. Murphey MD, Vidal JA, Fanburg-Smith JC, Gajewski DA. Imaging of synovial chondromatosis with radiologic-pathologic correlation. *Radiogr Rev Publ Radiol Soc N Am Inc*. 2007;27:1465-88.
3. Jiménez-Martín A, Zurera-Carmona M, Santos-Yubero FJ, Pérez-Hidalgo S. Arthroscopic treatment of synovial chondromatosis, an unusual cause of shoulder pain. *Reumatol Clin*. 2014;10:416-7.
4. Ticianelli Terazaki CR, Trippia CR, Trippia CH, Sales Ferreira Caboclo MF, Miranda Medaglia CR. Synovial chondromatosis of the shoulder: imaging findings. *Radiol Bras*. 2014;47(1).
5. Mohana-Borges AVR, Chung CB, Resnick D. Monoarticular arthritis. *Radiol Clin North Am*. 2004;42:135-49.
6. Milgram JW. Synovial osteochondromatosis: a histopathological study of thirty cases. *J Bone Joint Surg (Am)*. 1977;59-A:792-801.
7. Llauger J, Palmer J, Rosón N, Bagué S, Camins A, Cremades R. Nonseptic monoarthritis: imaging features with clinical and histopathologic correlation. *Radiogr Rev Publ Radiol Soc N Am Inc*. 2000;20(Suppl):S263-78.
8. Sheldon PJ, Forrester DM, Leach TJ. Imaging of intra-articular masses. *Radiogr Rev Publ Radiol Soc N Am Inc*. 2005;25:105-19.