

Osteocondromatosis sinovial de codo tratada mediante artroscopia

A. Espejo, V. Urbano, R. López, J. Ruiz del Pino, I. Gavilán

*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.*

Correspondencia:

D. Alejandro Espejo Baena
Paseo de Reding, 9, 1º C
29016 Málaga

La condromatosis sinovial es una patología infrecuente que causa un trastorno mecánico articular con escasa incidencia en el codo. Los nódulos cartilaginosos pueden sufrir una osificación encondral, denominándose entonces osteocondromatosis. La clínica de dolor, derrame y bloqueos hace aconsejable la cirugía, siendo la extracción de los cuerpos libres con o sin sinovectomía el tratamiento de elección. Se presenta un caso de osteocondromatosis sinovial de codo en un joven deportista de alto nivel tratada mediante cirugía artroscópica con resultado satisfactorio.

Palabras clave: Condromatosis sinovial, osteocondromatosis sinovial, artroscopia de codo.

Synovial osteochondromatosis of the elbow. Arthroscopic management. Synovial chondromatosis is an uncommon disease causing a mechanical articular disorder, which rarely affects the elbow. The cartilaginous nodules may undergo enchondral ossification, the disorder then being termed synovial osteochondromatosis. The clinical manifestations of articular pain, joint effusion and decreased range of motion (blockage) renders surgical management advisable, the therapy of choice being the removal of loose bodies with or without synovectomy. We present a case of synovial osteochondromatosis in a high-level sportsman, which was managed with arthroscopic surgery with satisfactory results.

Key words: Synovial chondromatosis, synovial osteochondromatosis, elbow arthroscopy.



La condromatosis sinovial es una metaplasia del tejido sinovial caracterizada por el desarrollo de nódulos cartilaginosos, que se desprenden para formar cuerpos extraños libres en la articulación⁽¹⁾, causando un trastorno mecánico que afecta, generalmente, a alguna de las grandes articulaciones, como la rodilla, la cadera, el codo, el tobillo o el hombro. Cuando estos nódulos se calcifican se habla de osteocondromatosis. Es una patología relativamente infrecuente

que afecta sobre todo a hombres de edad media. Se trata de una afección monoarticular en la que se distingue una forma primitiva (alrededor del 10% de los casos) y otra secundaria (artrosis, traumatismo, osteocondritis, osteonecrosis aséptica, artritis, etc.) (90%)^(2,3). La etiología y la patogenia de la forma primitiva se desconocen. La sintomatología es muy variable y bastante inespecífica, presentando dolor intermitente mecánico, derrame articular y episodios de blo-



Figura 1. Radiografías preoperatorias.

queo, aunque en ocasiones puede complicarse por una compresión de los nervios adyacentes produciendo una neuropatía por atrapamiento^(4,5). La radiología puede mostrar desde una articulación normal con cuerpos libres hasta cambios degenerativos. El diagnóstico puede completarse con otras pruebas de imagen como la TAC o la RMN.

La clínica incapacitante y la posibilidad excepcional de degeneración sarcomatosa⁽⁶⁾ hacen aconsejable el tratamiento quirúrgico, que consiste en la extirpación de los cuerpos libres (artroscópica o a cielo abierto), ya sea de forma aislada o asociada a sinovectomía.

La importancia de la artroscopia reside en la simpleza del postoperatorio y en el hecho de dejar menos rigidez que la artrotomía, pudiendo abordarse, igualmente, la cámara anterior y posterior de la articulación con mínimas incisiones^(7,8). Siempre existe la posibilidad de recurrencia, pero ésta es menor si se realizó sinovectomía⁽⁹⁾.

Se presenta un caso de osteocondromatosis sinovial de codo de etiología traumática tratado mediante cirugía artroscópica.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 27 años de edad jugador de alto nivel de voleibol que acude a nuestra consulta refiriendo dolor y bloqueo en el codo derecho de un mes de evolución tras un traumatismo indirecto por hiperextensión forzada.

La exploración mostraba una discreta tumefacción del codo con un arco de movimiento doloroso de 140° (-20°).

En las radiografías practicadas se apreciaron cuerpos libres en cámara anterior y posterior con moderados cambios degenerativos (**Figura 1**). La

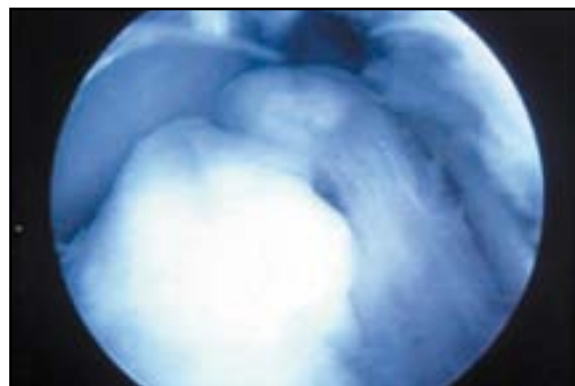


Figura 2. Cuerpos libres en fosa olecraniana.

RMN confirmaba la existencia de estos fragmentos de densidad cartilaginosa con la primera impresión diagnóstica de osteocondromatosis sinovial.

Se realizó una artroscopia del codo derecho con el paciente en decúbito lateral izquierdo apoyando el brazo derecho sobre un soporte para mantener el codo en 90° de flexión. Se usaron los portales anteromedial, anterolateral y dos posteriores para abordar la articulación tanto en su cara anterior como posterior. Se pudieron extraer los cuerpos libres sin complicaciones (**Figura 2**) realizando, posteriormente, una sinovectomía parcial.

El estudio anatomopatológico confirmaba el diagnóstico de sinovitis crónica con nódulos condroides intraarticulares parcialmente calcificados.

Tras un postoperatorio sin incidencias comenzó la rehabilitación de forma inmediata, lo que permitió que a las tres semanas la movilidad fuera completa e indolora, comenzando la actividad deportiva progresivamente. Las radiografías postoperatorias confirmaban la ausencia de cuerpos libres (**Figura 3**).

A las seis semanas fue dado de alta con completa recuperación de la fuerza muscular, incorporándose sin problemas a su nivel de competición habitual.

DISCUSIÓN

El tratamiento de elección de la condromatosis sinovial con cuerpos libres que producen sintomatología es la excisión quirúrgica^(1,10,11). La mejora de la técnica artroscópica que ha permitido llevar esta modalidad quirúrgica a articulaciones más pequeñas acompañado de la mayor



Figura 3. Radiografías postoperatorias.

habilidad y entrenamiento de los cirujanos ha permitido cambiar la excisión a cielo abierto de estos cuerpos libres por la ablación artroscópica en la mayoría de las ocasiones⁽¹²⁾. Además, existe la ventaja de abordar tanto la cámara anterior como la posterior de la articulación del

codo sin usar grandes incisiones que produzcan retracciones⁽⁷⁾.

El porcentaje de complicación de la artroscopia de codo es pequeño y, probablemente, no deba incrementarse cuando la intervención se centra en la extirpación de cuerpos libres⁽¹³⁾. Sin embargo, hay que tener cuidado cuando este gesto se acompaña de la resección de la sinovial o incluso de la cápsula, especialmente en el compartimento anterior o en la zona cubital de la cámara posterior^(14,15). En los casos que se acompañan de neuropatía por atrapamiento sería conveniente realizar también la liberación nerviosa^(4,5,7).

Si el cirujano está entrenado y la intervención se realiza sin incidencias el resultado clínico debería ser satisfactorio con una recuperación funcional rápida, como en el caso que se presenta.

En el caso de condromatosis avanzada con cambios articulares artrósicos el pronóstico varía, aunque la mayoría de los pacientes refieren una mejoría de los síntomas^(14,16).

BIBLIOGRAFÍA

1. Berg E. Synovial osteochondromatosis. *Orthop Nurs*, 1999 May-Jun; 18 (3): 55-56.
2. Bertoni F, Pignatti G, Bachinni P, Campanacci M. Miscellaneous synovial lesions. *Curr Opin Rheumatol* 1990; 2: 120-137.
3. Aguilera S, Pizzi T, Donoso I. Synovial chondromatosis: review of 25 monoarticular cases. *Rev Med Chil* 1995 Oct; 123 (10): 1257-1262.
4. Nogueira A, Alcelay O, Pena C, Sarasúa JG, Madrigal B. Synovial osteochondromatosis at the elbow producing ulnar and median nerve palsy. Case report and review of the literature. *Chir Main* 1999; 18 (2): 108-114.
5. Ruth RM, Groves RJ. Synovial osteochondromatosis of the elbow presenting with ulnar nerve neuropathy. *Am J Orthop* 1996 Dec; 25 (12): 843-844.
6. Davis RI, Hamilton A, Biggart JD. Primary synovial chondromatosis: a clinicopathologic review and assessment of malignant potential. *Hum Pathol* 1998 Jul; 29 (7): 683-688.
7. Byrd JWT. Arthroscopy of the elbow for synovial chondromatosis. *J South Orthop Assoc* 2000; 9 (2): 119-124.
8. Ekman EF, Cory JW, Poehling GG. Pigmented villonodular synovitis and synovial chondromatosis arthroscopically diagnosed and treated in the same elbow. *Arthroscopy* 1997 Feb; 13 (1): 114-116.
9. Ogilvie-Harris DJ, Salem K. Generalized synovial chondromatosis of the knee: a comparison of removal of the loose bodies alone with arthroscopic synovectomy. *Arthroscopy* 1994; 10: 166-170.
10. Springer KR. Synovial chondromatosis. *J Foot Surg* 1991 Sept-Oct; 30 (5): 446-449.
11. Jazrawi LM, Ong B, Jazrawi AJ, Rose D. Synovial chondromatosis of the elbow. *Am J Orthop* 2001 Mar; 30 (3): 223-224.
12. Lyons AR, Porter KM. Post-traumatic synovial chondromatosis of the elbow in an 8-year-old child. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot* 1993; 79 (2): 124-126.
13. Shpitzer T, Ganel A, Engelberg S. Surgery for synovial chondromatosis. 26 cases followed up for 6 years. *Acta Orthop Scand* 1990 Dec; 61 (6): 567-569.
14. Oka Y, Ohta K, Saitoh I. Debridement arthroplasty for osteoarthritis of the elbow. *Clin Orthop* 1998 Jun; 35 (1): 127-134.
15. Yanagisawa H, Okada K, Sashi R. Posterior interosseous nerve palsy caused by synovial chondromatosis of the elbow joint. *Clin Radiol* 2001 Jun; 56 (6): 510-514.
16. Mueller T, Barthel T, Cramer A, Werner A, Gohlke F. Primary synovial chondromatosis of the elbow. *J Shoulder Elbow Surg* 2000 Jul-Aug; 9 (4): 319-322.