

PATOLOGÍA SINGULAR: SINOVITIS VILLONODULAR EXTENSA + PARESIA CIÁTICA. La iconografía del caso.

Autores: Javier de la Hera Fernández, Marcos Ortiz Gutiérrez, Melodía Molinero Montes, Carlos Fernández Álvarez, Eduardo José Díez Pérez. Hospital Sierrallana (Cantabria).

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Presentar una **sinovitis villonodular pigmentada (SVP)** de todos los compartimentos, con afectación nerviosa postquirúrgica de los troncos infrarrotulianos.

MATERIAL Y MÉTODOS

♂ **30 años** estudiado reiteradamente en urgencias por **gonalgia izquierda** y **refractario** a tratamiento con infiltraciones de glucocorticoides, con Rx catalogadas como “normales” (**Fig. 1**).

- **EF:** importante derrame, peloteo y limitación a la extensión a -20°.
- **RMN (Fig. 2):** “Signos de SVP difusa articular de gran extensión y largo tiempo de evolución, que afecta a todos los recesos articulares con formaciones pseudonodulares de gran tamaño.”

Fig. 1: Radiografías a su llegada a Urgencias en reiteradas ocasiones.



RESULTADOS

Se interviene al paciente mediante **sinovectomía artroscópica** (compartimento anterior y receso suprapatelar) y **cirugía abierta** con abordaje posterior de rodilla para exéresis de nódulos.

- **+ 20 horas:** Presenta dorsiflexión, flexión plantar, flexores y extensores de dedos **0/5**. Hipoestesia **1/10** en todo el pie y en cara lateral de gemelo. Pese a esta situación, presenta dolor controlado y **400cc de drenaje** acumulado.
- **+ 21 horas:** Se realiza la **apertura del portal lateral** a pie de cama con salida de escaso contenido hemático.
- **+ 24 horas:** Se decide **lavado artroscópico** con mejoría inmediata del déficit motor.
- **+ 38 horas:** el paciente presenta movilidad y sensibilidad **completas**, con ligera hipoestesia en zona plantar, que recuperó a las 48horas.

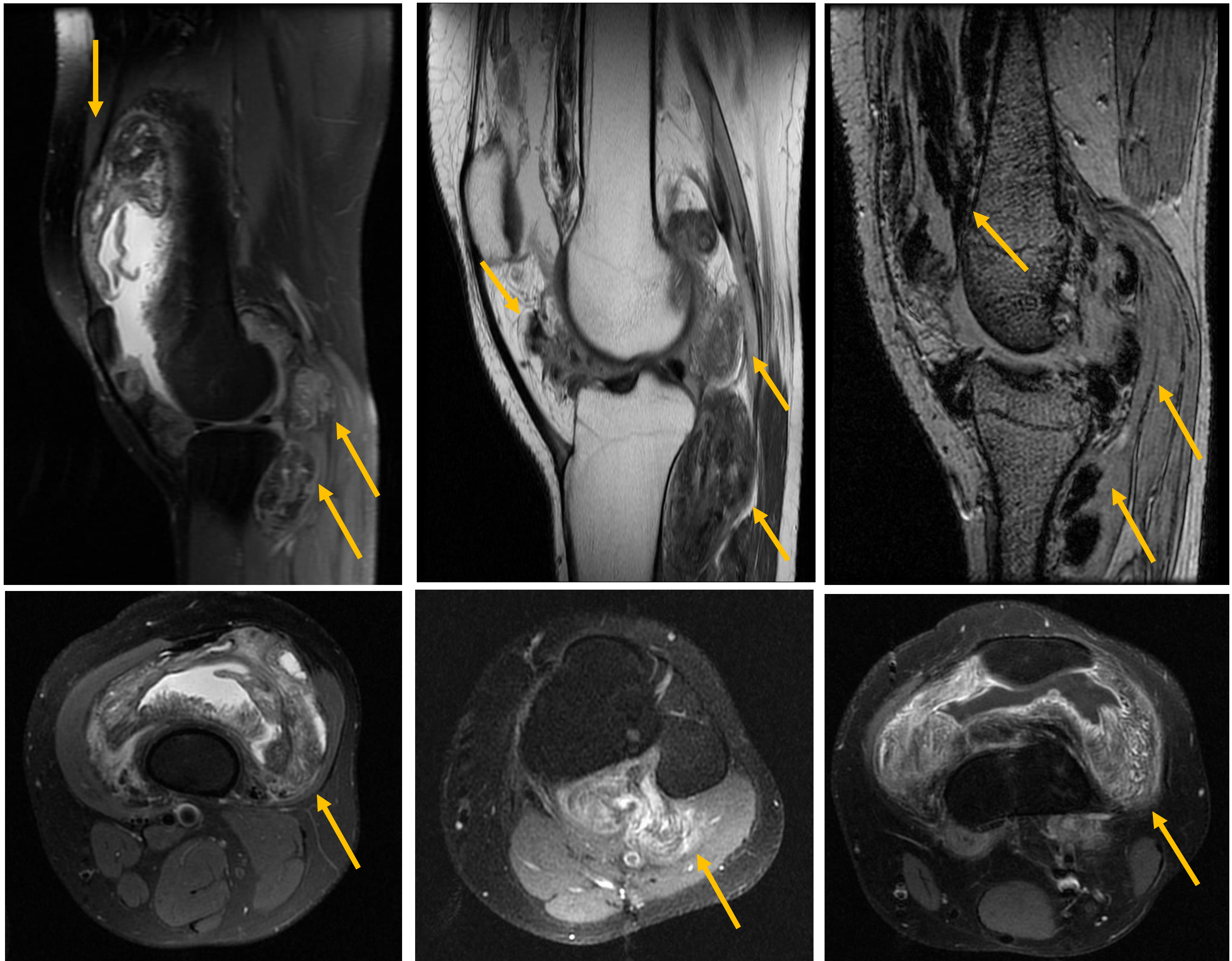


Fig. 2: Cortes sagitales y axiales en T1, T2, 3D-meniscos y DPsg de la SNV presente en receso suprapatelar y compartimento anterior, además de nódulos posteriores.

CONCLUSIÓN

La **SVP** es una **neoplasia benigna por depósito de hemosiderina en el tejido sinovial articular, de las vainas tendinosas y bursas**. Tiene un carácter progresivo, produciendo destrucción irreversible del cartílago, hueso y tendón. En el 80% de los casos afecta a la rodilla, seguido de cadera y tobillo.

- **Clínica:** **Monoartritis**.
- **Diagnóstico:** podremos encontrar signos indirectos en la **radiografía, ecografía o TAC**, pero la prueba de elección será la **RMN** (**depósitos parduzcos de hemosiderina**).

La **erradicación total** es el único tratamiento para disminuir el dolor, la destrucción articular y evitar la recidiva de la lesión, ya que la recidiva (**entre el 8-56%**) se consideraría un **factor de mal pronóstico**.

1. El tratamiento comienza con infiltraciones de glucocorticoides de manera sintomática, pero será definitivo tras la erradicación del componente sinovial.
2. **Tratamiento definitivo:** Podremos utilizar una **sinoviortesis radioisotópica**, o una **sinovectomía artroscópica** con mejores resultados ya que ofrece una excelente visualización del compartimento anterior y de los recesos medial y lateral; no recomendado para compartimento posterior.