

Sinovitis Villonodular Pigmentada asociada a Quiste de Baker. Manejo terapéutico. A propósito de un caso.

MARIO MONTAÑEZ RUIZ
GASPAR GARCÍA MELÉNDEZ
ISKANDAR TAMIMI MARIÑO

Hospital Regional Universitario De Málaga

Introducción:

La sinovitis villonodular pigmentada (SVNP) es una enfermedad rara con una incidencia de 2 casos por millón de habitantes al año. Esta se asocia a una proliferación benigna, progresiva y gradual de la membrana sinovial. También se asocia a un crecimiento de vellosidades sinoviales con acumulación de hemosiderina de forma localizada, o más frecuentemente, difusa (80%). Afecta principalmente a personas de mediana edad con altas tasas de recurrencia tras el tratamiento (14-15%). Se desconoce la etiología exacta. La presentación clínica es ambigua, siendo el síntoma principal el dolor intenso en la articulación. La mayoría son monoarticulares y en el 80% de los casos se limitan a la rodilla. El diagnóstico diferencial de la SVNP incluye neoplasias malignas como el rabdomiosarcoma y el sarcoma sinovial. El diagnóstico clínico es difícil y la prueba diagnóstica mas adecuada es la RMN (“Blooming artefact”, signo patognomónico en imagen de RMN producido por depósitos de hemosiderina).

Objetivo:

Descripción y manejo terapéutico de una paciente con diagnóstico de sinovitis villonodular pigmentada asociada a quiste de Baker.

Material y Métodos:

Anamnesis:

Mujer de 32 años sin AP de interés que acude a consulta por gonalgia derecha y derrame articular de inicio brusco sin antecedente traumático.
Rango articular completo, sin puntos dolorosos y rodilla estable con leve derrame articular.

Pruebas complementarias:

-RX: Sin hallazgos.
-RMN: Áreas de engrosamiento sinovial con focos hipointensos en su interior afectando a la grasa de Hoffa y quiste de Baker asociado. Compatible con posible sinovitis villonodular pigmentada.

Intervención quirúrgica:

Se decide tratamiento quirúrgico en un sólo tiempo. En primer lugar, sinovectomía artroscópica amplia apreciándose una sinovial de aspecto marronáceo. En segundo lugar, escisión y ligadura del quiste de Baker mediante abordaje posteromedial de Lobenhoffer. Se enviaron muestras a servicio de anatomía patológica.

Resultados:

La paciente fue dada de alta al segundo día de ingreso, iniciando carga progresiva del miembro y movilización activa de rodilla. Desarrolló rigidez de rodilla y tendinopatía rotuliana con mejoría progresiva tras unas 65 sesiones de fisioterapia dirigida. El análisis de anatomía patológica confirmó el diagnostico de sinovitis villonodular pigmentada. Tras 20 meses de seguimiento la paciente permanece asintomática y ha retornado a sus actividades diarias.

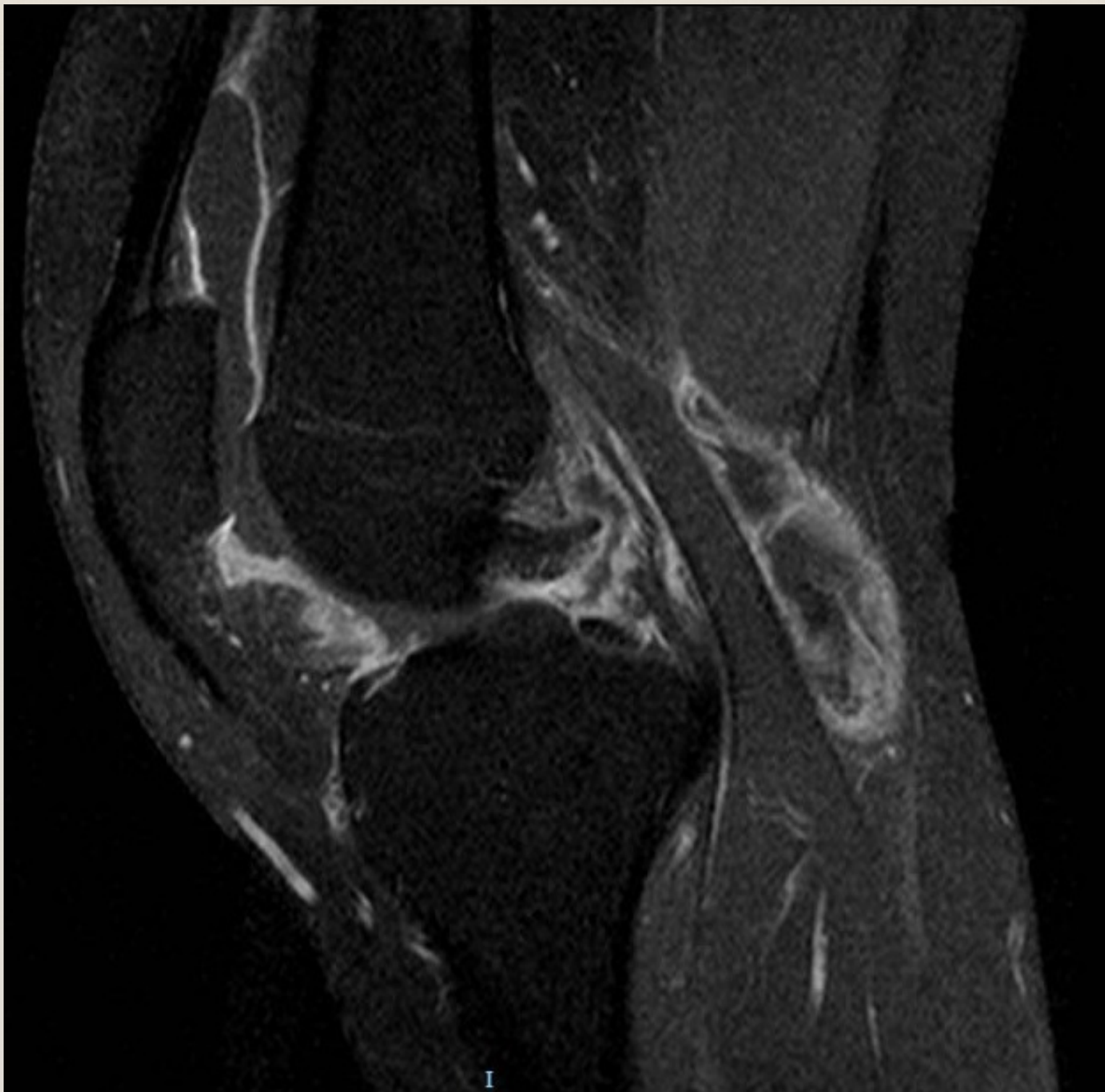
En cuanto a la poca evidencia científica sobre el manejo terapéutico en casos de sinovitis villonodular pigmentada con afectación extraarticular, la mayoría de los autores consideran que la actitud más correcta a seguir sería una sinovectomía artroscópica (ya que se asocia a una menor estancia hospitalaria y a una recuperación funcional más rápida) seguida de una escisión abierta del quiste (con fin de eliminar todos los focos de sinovitis), tal y como se hizo en nuestro caso.

Conclusiones:

-La sinovitis villonodular pigmentada es una enfermedad rara y rara vez se presenta asociada a un quiste de Baker.

-En este caso, es importante tratar tanto la patología intraarticular (sinovectomía artroscópica amplia) como extraarticular (escisión abierta de quiste de Baker) con envío de muestras al servicio de anatomía patológica.

-Además del manejo quirúrgico, es muy importante un manejo fisioterápico precoz para conseguir un buen resultado funcional en estos pacientes.



RMN prequirúrgica



RMN postquirúrgica