

424/3450 - LA SINOVITIS NO ES SIEMPRE LA RESPONSABLE

D. Zulet Murillo¹, A. Ibáñez Navarro², M. Lagarón Cabello³ y Á. Faure Grima²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Cintruénigo. Navarra. ²Médico de Familia. Centro de Salud de Cintruénigo. Navarra. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Andrés de Rabanedo. León.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 59 años. Sin alergias. Sin antecedentes patológicos de interés. Hacía unos meses, notó un chasquido al bajar las escaleras durante su jornada laboral, provocándole dolor e inflamación articular. Debido a la mala respuestas a los analgésicos (orales, intramusculares, parches, infiltración local) se completó el estudio (Rx, RMN, biopsia) evidenciando una sinovitis villonodular pigmentada que se intervino. A pesar de todo, acudió al médico de atención primaria por mal control del dolor, y síntomas depresivos por la frustración ante la tórpida evolución.

Exploración y pruebas complementarias: Derrame negativo, signo del cepillo negativo, varo negativo, valgo con dolor en interno, maniobra meniscal interno positiva y externa negativa, signo de Lachman negativo. Presentaba la zona antero-interna inflamada. No se palpaba tumoración, pero sí dolor al palpar en la zona de alerón interno rotuliano. Radiografía rodilla: sin signos osteoporóticos, pequeño osteofito en cóndilo femoral externo. RMN rodilla: dudosos signos de rotura degenerativa central del cuerno posterior del menisco interno. Menisco externo normal. Signos de osteoartrosis femorotibial interna leve con condropatía femoral y tibial, osteofitosis marginal periférica. Analítica: ácido úrico 3,5 mg/dl, resto normal.

Orientación diagnóstica: Condropatía rotuliana.

Diagnóstico diferencial: Recurrencia de sinovitis villonodular, dolor de secuela post-quirúrgica, rotura meniscal.

Comentario final: La sinovitis villonodular es una entidad infrecuente, siendo la rodilla la articulación más afectada; pero su presencia no excluye otras patologías como la rotura meniscal, la artritis por microcristales o la condropatía. Cuando la evolución de una patología se vuelve tórpida y no tiende a la resolución, no debemos obcecarnos e intensificar el tratamiento sino pensar en alternativas concomitantes al proceso conocido, que una vez resueltas pueden ayudar a resolver el otro problema que había de fondo.

Bibliografía

1. Ayala E. Síndrome rotuliano. Farmacia Profesional. 2009;23:38-41.
2. Larbi A, Viala P, Cyteval C, Snene F, Greffier J, Faruch M, Beregi JP. Imaging of tumors and tumor-like lesions of the knee. Diagn Interv Imaging. 2016;97(7-8):767-77.

Palabras clave: Condropatía rotuliana. Sinovitis villonodular.