



## Imágenes

## Síndrome de Pellegrini-Stieda: «La imagen revela lo oculto»

## Pellegrini-Stieda syndrome: «The image reveals the hidden»

José Manuel Sáez Pérez<sup>a,b,\*</sup>, Lucía Martínez Ibañez<sup>a</sup> y Estefanía Rodríguez Latorre<sup>a</sup><sup>a</sup> Centro de Salud Malvarrosa, Valencia, España<sup>b</sup> Hospital Clínico-Malvarrosa, Valencia, España

Se presenta el caso de una mujer de 63 años, sin antecedentes de interés, salvo que 5 años atrás estando en clase de *spinning* presentó en la rodilla derecha dolor con sensación de bloqueo que duró unos minutos y tras reposo el cuadro cedió en ese día. Posteriormente, como se repitió en varias ocasiones simplemente andando, se efectuó exploración y radiología simple tras lo cual no se apreció nada, por lo que se le solicitó RNM, presentando una plica en dicha rodilla. Después de recibir fisioterapia no volvió a tener molestias, hasta que al cabo de 3 meses, simplemente con unos traspies al bajar un escalón, notó un dolor intenso en la cara interna de la rodilla derecha, con impotencia funcional sobre todo para la flexión, con una limitación de 45°. Días después presentó tumefacción en la cara interna así como dolor a la presión de dicha zona, por lo que se solicitó una radiografía simple de ambas rodillas (fig. 1), apreciándose calcificación en la zona de inserción del ligamento colateral interno femoral (LCIF) derecho. Posteriormente, a fin de ampliar el estudio, ya que presentó un nuevo bloqueo presumiblemente por su antiguo síndrome de plica derecha, se le practicó RNM (fig. 2), que puso de manifiesto normal alineación de las articulaciones femoropatelar y femorotibial y signos de degeneración intrasustancia en el cuerno posterior del menisco interno; se apreció la calcificación situada en el receso cuadrarrecipital interno, de unos 26 x 23 mm, adyacente al ligamento colateral medial al cual deforma sus fibras más anteriores. Menisco lateral, ligamentos cruzados y colateral externo sin alteraciones. Tendones cuadrarrecipital y rotuliano sin hallazgos. No se observó derrame articular ni colecciones.

Se planificó tratamiento rehabilitador con magnetoterapia a la vez que se administró tratamiento con frío local y una asociación de naproxeno 500 con esomeprazol de 20 mg cada 12 h alternando con paracetamol de 1 g cada 8 h. Tras 20 sesiones la paciente mejoró sustancialmente, por lo que se pospuso de momento el tratamiento quirúrgico y la valoración de ondas de choque en la zona afectada.

La calcificación del LCIF puede pasar desapercibida clínicamente y encontrárnosla como hallazgo casual. En la mayoría de los casos este proceso depende de un traumatismo repetido directo o indi-



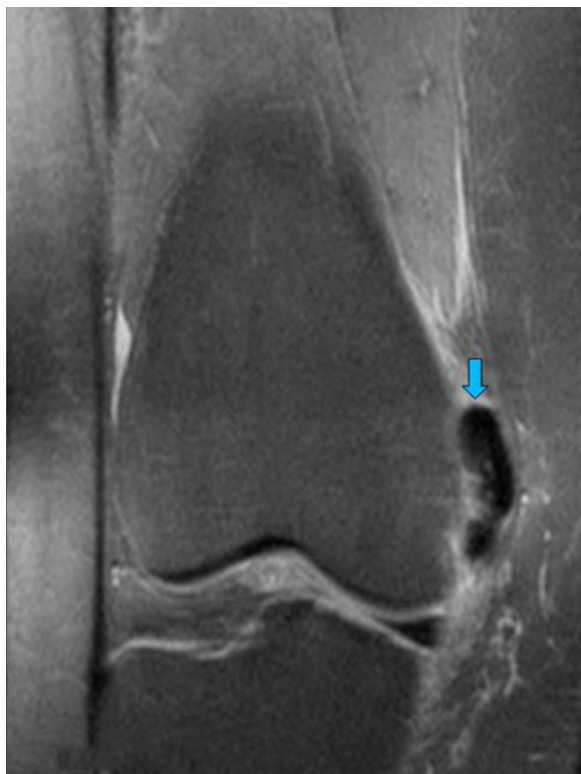
**Figura 1.** Radiografía simple de rodilla, donde se aprecia calcificación en el LCIF (flecha azul).

recto, siendo el detonante en la aparición de la semiología articular de la rodilla un nuevo traumatismo directo o indirecto<sup>1</sup> como un simple traspies, lo que lleva al paciente a presentar dolor de rodilla mecánico con limitación funcional y tumefacción de la parte interna de la misma.

El simple hallazgo radiológico se denomina signo de Pellegrini-Stieda (PS) y cuando hay semiología articular y radiológica, síndrome de PS<sup>2,3</sup>. Fueron estos dos autores los que describieron la enfermedad, pero a día de hoy no está claro su mecanismo

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [navidadespiritu@hotmail.com](mailto:navidadespiritu@hotmail.com) (J.M. Sáez Pérez).



**Figura 2.** RNM en donde vemos la calcificación en negro de  $26 \times 23$  mm en receso cuadrícipital interno, adyacente al ligamento colateral medial al cual deforma sus fibras más anteriores (flecha azul).

patogénico. Tras un edema de partes blandas se desarrolla una calcificación por depósito de hidroxipatita o pirofosfato cálcico dihidratado en forma de grumos, en el tejido inflamado. En 6-8 semanas se produce formación de hueso nuevo que circunscribe la periferia de la misma. Mendes et al.<sup>4</sup> describieron 4 tipos de osificación, I: en forma de pico con orientación inferior y unión al fémur; II: en forma de gota con orientación inferior y paralela al fémur; III: elongada con orientación superior; y IV: con orientación superior e inferior unida al fémur.

El tratamiento de entrada se basa en rehabilitación sobre la zona con diferentes modalidades (magnetoterapia y ondas de choque), asociado a reposo y medidas analgésico-antiinflamatorias, dejando la cirugía para más tarde en caso de no mejoría pues en muchos casos se produce recidiva del proceso osteoformador en la zona descrita del LCIF<sup>1,5</sup>.

### Bibliografía

- 1 McAnally JL, Southam SL. New thoughts on the origin of Pellegrini-Stieda: the association of PCL injury and medial femoral epicondylar periosteal stripping. *Skeletal Radiol* 2009;38:193–8.
- 2 Pellegrini A. Traumatic calcification of the collateral tibial ligament of the knee joint. *Clin Med* 1905;11:433–9.
- 3 Stieda A. Über eine typische verletzung am unteren femurende. *Arch F Klin Chir* 1908;85:815–8.
- 4 Mendes LFA, Pretterklieber ML, Cho JH, Garcia GM, Resnick DL, Chung CB. Pellegrini-Stieda disease: a heterogeneous disorder not synonymous with ossification/calcification of tibial collateral ligament- anatomic and imaging investigation. *Skeletal Radiol* 2006;35:916–22.
- 5 Wang JC, Shapiro MS. Pellegrini Stieda syndrome. *Am J Orthop* 1995;24:493–7.