

Parálisis radial en un caso de sinovitis villonodular pigmentada de codo

JIMÉNEZ DE ALCÁZAR, L. C.*, y VALMAÑA DE LA SOTILLA, J. M.**

Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Hospital Universitario «Príncipe de Asturias». Alcalá de Henares. Madrid.

RESUMEN: Se presenta un caso de afectación de la articulación del codo por una sinovitis villonodular que debutó con parálisis radial, su tratamiento y evolución. La sinovitis villonodular pigmentada, proliferación benigna de la sinovial, raramente afecta a la articulación del codo, habiendo encontrado sólo 12 casos en la literatura de los últimos treinta años. En ninguno de dichos casos se hace mención de la parálisis radial como manifestación clínica de esta patología.

PALABRAS CLAVE: Sinovitis villonodular pigmentada. Codo. Parálisis radial.

Radial nerve palsy in a case of pigmented villonodular synovitis of the elbow

SUMMARY: In a case of villonodular synovitis of the elbow that debuted with radial nerve palsy, its treatment and outcome are reported. Pigmented villonodular synovitis is a benign proliferation of the synovial membrane that rarely affects the elbow, only 12 cases having been found in the literature in the last 30 years. In none of the cases was radial nerve palsy reported as a clinical manifestation of the disease.

KEY WORDS: Pigmented villonodular synovitis. Elbow. Radial nerve palsy.

La primera vez que se utilizó el término de sinovitis villonodular pigmentada (SVP) para describir esta entidad fue en el artículo de Jaffe et al de 1941^{1,2}. Se han invocado numerosas teorías para definir su patogénesis (inflamatorias, traumáticas, tumorales) sin que a día de hoy se haya alcanzado un pleno consenso sobre la misma^{3,4}. En este caso llama la atención la afectación de una articulación como el codo, dado que las articulaciones más afectadas en orden decreciente de frecuencia son rodilla (80%), cadera, tobillo, pequeñas articulaciones de manos y pies, hombro y codo⁵ y la parálisis del nervio radial asociada. La afectación es habitualmente monoarticular⁶. En la tabla 1 se recogen los autores revisados, el año de publicación de su trabajo y el número de casos presentados por cada uno de ellos. Asimismo,

señalar que en el artículo de Pimpalnerkar et al de 1998² se incluye una tabla de revisión de la bibliografía previa.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 40 años de edad que consultaba porque tras varios meses de dolor e inflamación en codo izquierdo presentaba desde hacía un mes impotencia funcional para la extensión de muñeca y dedos. El paciente refería

Tabla 1. Autores, año y número de casos

	Año	Casos totales	Casos en codo
Byers et al	1968	80	0
DiCaprio et al	1999	1	1
Dorwart et al	1984	146	8
Ekman et al	1997	1	1
Flandry et al	1987	Revisión de la literatura	
Granowitz et al	1976	Revisión de varios autores	
Lindembaum	1977	1	1 (poliarticular)
Pimpalnerkar	1998	1 caso propio	1 caso propio
		(revisión de la literatura)	
Scott et al ¹¹	1966	5	1
Schwartz et al	1989	99	2
Torisu	1973	1	1

Correspondencia:

Dr. L. C. JIMÉNEZ DE ALCÁZAR.
Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica.
Hospital Príncipe de Asturias. Carretera de Meco s/n.
28871 Alcalá de Henares. Madrid.
Tel. 91 887 81 00.
e-mail: ljimenezd@hupa.insalud.es

Recibido: Enero de 2001.

Aceptado: Noviembre de 2001.

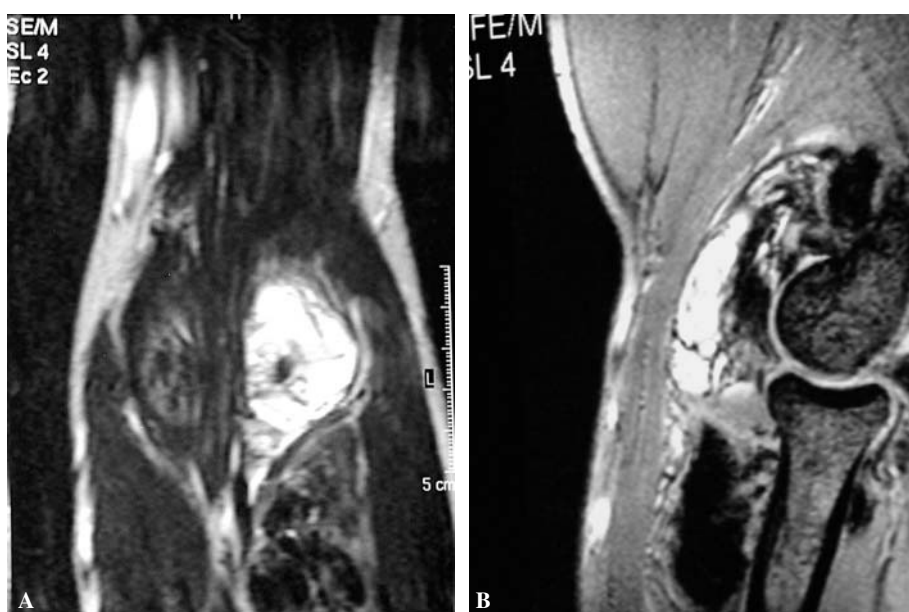


Figura 1A y B. Cortes de RM en las que se aprecia proliferación sinovial en región anterolateral del codo.

que en 1991 había presentado un cuadro similar, incluida la impotencia funcional para la extensión de muñeca y dedos, que tras biopsia se diagnosticó como SVP; siendo intervenido quirúrgicamente con recuperación completa.

En la exploración clínica se podían observar las cicatrices de la cirugía previa (incisión lateral externa amplia, incisión lateral interna e incisión posterior) y una tumoración extensa en compartimiento externo. Asimismo se encontraba una atrofia leve de la musculatura extensora a nivel de codo, una movilidad de codo completa y una extensión parcial de la muñeca, realizada a expensas de primer y segundo radial. La impotencia para la extensión de los dedos era completa (extensor común de los dedos no funcionante), incluida la extensión del pulgar (extensores largo y corto del pulgar no funcionantes).

En la radiografía simple no se apreciaban lesiones óseas. Se realizó una RM (fig. 1) en la que se apreciaban focos compatibles con SVP en región anterolateral, extendiéndose por delante y encima de la epífisis humeral y por encima del olécranon; también se extendían hacia abajo desplazando medialmente el tendón del bíceps. Asimismo, se practicó un EMG y ENG que se informó como neuropatía axonal severa del nervio radial (posible bloqueo de conducción por compresión).

El paciente fue intervenido, realizándosele una sinovectomía amplia (fig. 2) utilizando las vías de abordaje de la cirugía previa y se le asoció una neurólisis cubital y radial (el foco de sinovitis anterolateral protruía entre las fibras musculares del braquial y los supinadores del antebrazo comprometiendo seriamente el nervio radial). El diagnóstico de SVP se confirmó mediante el estudio anatomopatológico de la pieza.

En la revisión realizada a los 2 meses de la cirugía el paciente había recuperado la movilidad del codo previa a la misma y la parálisis radial había desaparecido. Sin embargo se palpaba una masa en zona laterorradiar del codo que se confirmó en RM (fig. 3) como focos residuales de sinovitis o bien recidiva de la misma por delante de la paleta humeral y cabeza de radio. Se realizó una nueva sinovectomía por una incisión lateral extirpándose las zonas de sinovitis y realizándose neurólisis de ramas musculares del nervio radial que se situaban sobre los focos de sinovial afectada.

Actualmente, un año después de la primera cirugía, el paciente presenta una recuperación funcional completa habiéndose incorporado a su puesto laboral. En las últimas revisiones se aprecia una pequeña tumoración en cara lateral de articulación humero-olecrania que no ha producido

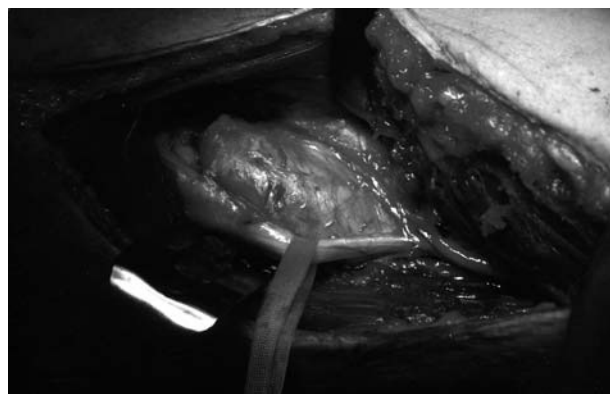


Figura 2. Foto quirúrgica previa a la resección de la proliferación sinovial.

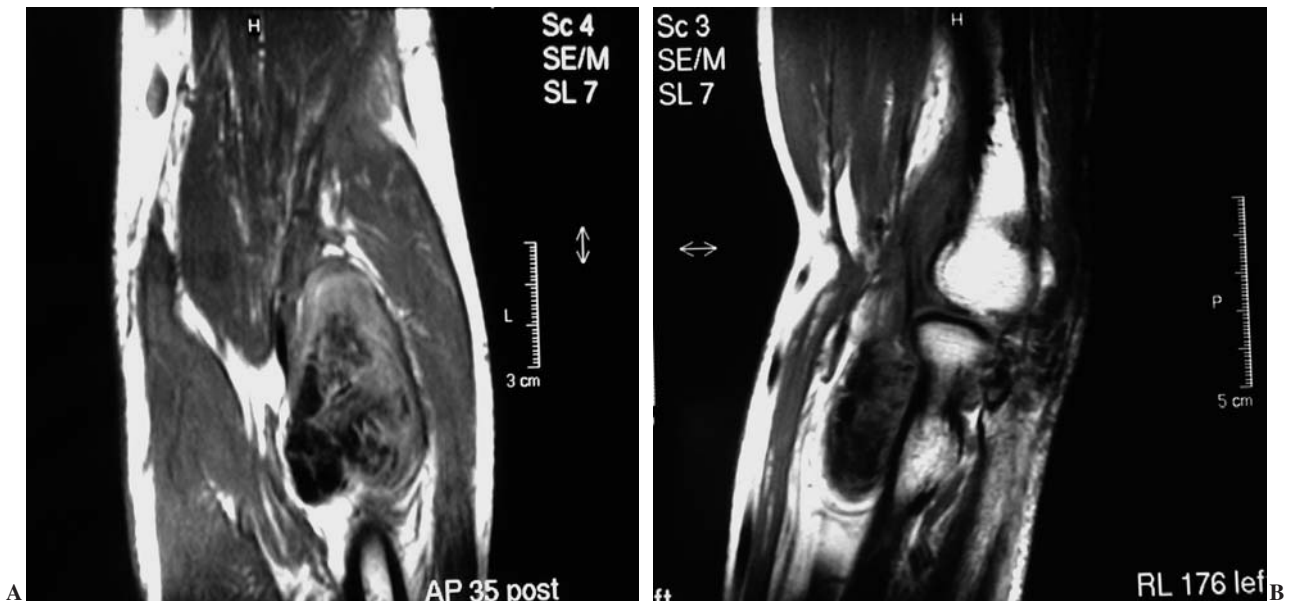


Figura 3A y B. Cortes de SM 2 meses después de la cirugía en los que se evidencia un poco de SVP por delante de la cabeza radial.

clínica ni variado su tamaño por lo que se ha decidido abstención terapéutica por el momento.

DISCUSIÓN

Pese a tratarse de una lesión benigna la SVP presenta una gran capacidad destructiva de la articulación localmente afectada⁷. La afectación del codo es poco frecuente y en ninguno de los casos encontrados en la literatura revisada se menciona la parálisis radial como síntoma. Las quejas de los pacientes se refieren a inflamación, dolor y limitación de la movilidad del codo y sólo en un caso se habla de entumecimiento y debilidad de la mano ipsilateral sin mayor documentación^{8,9}. Hay que considerar por la localización de las lesiones, la parálisis del nervio radial por compresión, es una posible complicación que no se debe olvidar ante la sospecha de una SVP de codo y que si se hubiesen realizado en todos los casos ENG se habrían encontrado grados diversos de afectación neurológica en muchos de ellos. Igualmente ante una parálisis radial por compresión a nivel de codo, no se puede obviar, en el diagnóstico diferencial de las causas la SVP.

La RM proporciona imágenes muy sugestivas de esta enfermedad y el diagnóstico definitivo es anatomopatológico tras la extirpación de la lesión⁸.

La SVP requiere una sinovectomía tan extensa como sea posible para reducir el índice de recurrencias (entre el 9 y el 44%)^{8,10}, pero el tratamiento siempre debe ser equilibrado entre las posibilidades de erradicación de la enfermedad y la morbilidad de una cirugía radical. En aquellos casos que como en el de este trabajo se asocia una parálisis radial,

la urgencia del diagnóstico y del tratamiento es manifiesta, para ofrecer las mayores posibilidades de recuperación de la lesión neurológica asociada.

En este caso se eligió la sinovectomía por artrotomía por la extensión de las lesiones, la afectación del nervio que precisaba liberación bajo visión directa y porque existía una cirugía previa sobre esta articulación. Todas estas condiciones creemos que contraindicaban una sinovectomía artroscópica que podría ser una opción a considerar en otros casos de SVP del codo, siempre que la experiencia en técnicas artroscópicas a nivel de esta articulación sea suficiente³. No se planteó la realización de una sinovectomía química o el tratamiento coadyuvante con radioisótopos, porque consideramos que no están demostradas las ventajas de su utilización y presentan un riesgo no despreciable de efectos secundarios. Asimismo, tampoco se planteó la utilización de radioterapia ya que es menos eficaz que la sinovectomía quirúrgica y tiene un cierto riesgo de malignizaciones a largo plazo, sobre todo cuando se utiliza en pacientes jóvenes^{4,2}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Byers PD, Cotton RE, Deacon OW, Lowy M, Newman PH. Villonodular Synovitis. *J Bone Joint Surg* 1968;50B:290-305.
2. Pimpalnerkar A, Barton E, Sibly T. Pigmented Villonodular Synovitis of the elbow. *J. Shoulder Elbow Surg* 1998;7: 71-5.
3. Ekman EF, Cory JW, Phoeling GG. Pigmented Villonodular Synovitis and synovial chondromatosis arthroscopically diagnosed and treated in the same elbow. *Arthroscopy* 1997; 13:114-6.

4. Flandry F, Hughston JC. Current Concepts Review Pigmented Villonodular Synovitis. *J Bone Joint Surg* 1987;69A:942-9.
5. Dorwart RH, Genant HK, Johnston WH, Morris JM. Pigmented Villonodular Synovitis of synovial joints: clinical, pathologic, and radiologic features. *AJR* 1984;143:877-85.
6. Lindebaum BL, Hunt T. An unusual presentation of Pigmented Villonodular Synovitis. *Clin Orthop* 1977;122:264-7.
7. Schwartz HS, Krishnan Unni K, Pritchard D. Pigmented Villonodular Synovitis. A retrospective review of affected large joints. *Clin Orthop* 1989;247:243-55.
8. DiCaprio MR, Damron TA, Stadnick M, Fuller C. Pigmented Villonodular Synovitis of the elbow: a case report and literature review. *J Hand Surg* 1999;24A:386-91.
9. Torisu T, Iwabuchi R, Kamo Y. Pigmented Villonodular Synovitis of the elbow with bony invasion. Case report. *Clin Orthop* 1973;94:275-80.
10. Granowitz SP, D'Antonio J, Mankin HL. The pathogenesis and long-term end results of Pigmented Villonodular Synovitis. *Clin Orthop* 1976;114:335-51.
11. Scott PM. Bone lesions in Pigmented Villonodular Synovitis. *J Bone Joint Surg* 1968;50B:306-11.