

ARTÍCULO ORIGINAL

Características clinicoepidemiológicas y endoscópicas de la plica sinovial en pacientes operados mediante artroscopia

Clinical, epidemiological and endoscopic characteristics of the synovial plica in patients with arthroscopy

MsC. Osvaldo Calisté Manzano,¹ MsC. Ricardo Morasén Cuevas,² Dr. José Ramón Fresneda Laborí,³ MsC. Adis Matamoros Rodríguez⁴ y Dra. Cecilia Jorge Fonseca⁵

¹ Especialista de II Grado en Reumatología. Máster en Medicina Natural y Tradicional. Profesores Asistentes. Hospital Provincial Docente "Saturnino Lora Torres", Santiago de Cuba, Cuba.

² Especialista de II Grado en Reumatología. Máster en Medicina Natural y Tradicional. Instructor. Hospital Provincial Docente "Saturnino Lora Torres", Santiago de Cuba, Cuba.

³ Especialista de I Grado en Ortopedia y Traumatología. Profesor Asistente. Hospital "Manuel Fajardo", Ciudad Habana, Cuba.

⁴ Especialista de I Grado en Reumatología. Máster en Epidemiología. Instructora. Policlínico Sur, Palma Soriano, Santiago de Cuba, Cuba.

⁵ Especialista de II Grado en Histología. Máster en Informática. Profesor Auxiliar. Facultad de Medicina No.2, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio prospectivo de pacientes intervenidos quirúrgicamente de la rodilla mediante artroscopia en el Servicio de Reumatología, perteneciente al Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora" de Santiago de Cuba durante los años 2000-2009; decenio en el cual fueron operadas 663 rodillas y, como muestra, 208 a causa de plica sinovial. Esta última resultó ser la enfermedad más frecuente, con primacía en el sexo femenino y las edades de 16 a 25 años. Hubo una marcada correspondencia clinicoartroscópica. Los diagnósticos preoperatorios estuvieron dados por lesión del menisco interno, condromalacia de rótula y sinovitis, por lo cual deben tenerse en cuenta como diagnosis diferencial en este síndrome. La forma de cicatrizar la sección quirúrgica de la plica sinovial es motivo de recidiva sintomática y reintervención quirúrgica, como ocurrió en 54,0 % de los integrantes de la casuística, predominantemente atribuible a fibrosis en la zona de la herida.

Palabras clave: plica sinovial, artroscopia quirúrgica, reumatología, atención secundaria de salud.

ABSTRACT

A prospective study of patients with surgical treatment of the knee through arthroscopy was carried out at the Rheumatology Service, belonging to "Saturnino Lora" Teaching Clinical Surgical Provincial Hospital from Santiago de Cuba during the

years 2000-2009; a decade in which 663 knees were surgically treated and, 208 due to a synovial plica. This last one turned out to be the most frequent disease, with predominance in the female sex and the ages from 16 to 25 years. There was a marked clinicoarthroscopic correspondence. Preoperative diagnosis consisted of lesion of the internal meniscus, chondromalacia patellae and synovitis, reason why they should be kept in mind as differential diagnosis in this syndrome. The way of healing the surgical section of the synovial plica is the cause of symptomatic relapse and surgical reintervention, as it happened in the patients of the case material 54,0 %, mainly attributable to fibrosis in the wound area.

Key words: synovial plica, surgical arthroscopy, rheumatology, secondary health care.

INTRODUCCIÓN

La plica constituye un repliegue o banda sinovial de remanentes embrionarios del *septum* intrasinovial que persiste en la vida adulta. Su anatomía fue descrita en 1919 por Mayeda, pero 20 años después se completó su estudio gracias a la artroscopia.¹

Se conocen 3 tipos de plica sinovial: suprapatelar, inferior y medial, pero esta última resulta la de mayor interés desde el punto de vista médico.

Determinados factores como el estrés mecánico, el exceso de uso, el traumatismo y la inflamación intraarticular provocan que estas estructuras blandas, movibles y plegables se transformen en gruesas, fibrosas, como verdaderos cordones y que la posición de la plica medial (extendida a lo largo de la pared medial de la rodilla hasta el cajón de grasa intrarotuliana) la hace vulnerable a los factores causales mencionados; a los efectos, provoca dolor en todo el lado medial, lo cual se corrobora en el examen físico al desplazar la rótula hacia la parte lateral y comprimirla contra el cóndilo interno con el dedo pulgar (signo de *Aux hausen*), además de chasquido y bloqueo de la rodilla a los movimientos.^{2,3}

Cuando el cartílago es dañado en el cóndilo interno y región inferointerna de la rótula, por el contacto de la plica sinovial mediopatelar patológica, provoca condromalacia (reblandecimiento y rotura cartilaginosa) de cóndilo y rótula, de modo que le aporta elementos clínicos y anatómicos a este proceso patológico, considerado como síndrome de plica sinovial.^{4,5}

La artroscopia constituye el mejor medio de diagnóstico y terapéutico de esta entidad clínica.⁶

Con frecuencia, muchos facultativos de diferentes especialidades, que atienden a pacientes con dolor en la cara anterior de la rodilla, no diagnostican la plica sinovial; al respecto se estima que la artroscopia brinda la mejor visualización de esta estructura.^{7,8}

La alta frecuencia de esta entidad clínica, entre las afecciones encontradas en la práctica de esta cirugía de mínimo acceso, sirvió de motivación para realizar esta investigación.

MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo de pacientes intervenidos quirúrgicamente de la rodilla mediante artroscopia en el Servicio de Reumatología, perteneciente al Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora" de Santiago de Cuba durante los años 2000-2009; decenio en el cual fueron operadas 663 rodillas y, como muestra, 208 a causa de plica sinovial.

Los pacientes fueron interrogados y examinados en consulta preoperatoria y posoperatoria. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas y las encuestas elaboradas al efecto.

Entre los principales aspectos analizados figuraron: diagnóstico clínico inicial, correlación clinicoartroscópica, afecciones más frecuentes, enfermedades asociadas y causas de reintervención quirúrgica.

La artroscopia se realizó mediante un artroscopio Kart-Store, con telescopio de 30° de visión, para lo cual se empleó anestesia local, espinal o general, según lo requiriera el paciente.

Las técnicas utilizadas para la resección de la plica fueron las descritas por Mc Ginty, modificadas por integrantes del Servicio Nacional de Reumatología.

RESULTADOS

En 663 rodillas operadas por artroscopia se encontraron 779 afecciones, entre las cuales la plica sinovial ocupó la primacía (208 rodillas, para 27,9 %), seguida por la condromalacia patelofemoral (27,0 %) y por las lesiones de menisco (16,4 %); la primera de estas predominó en el sexo femenino (143, para 38,7 %) y en las edades de 16 a 25 años.

De 208 diagnósticos de plica sinovial, en 168 pacientes se efectuó el diagnóstico clínico inicial con una correlación artroscópica de 100,0 %; en los 40 restantes se hicieron otras interpretaciones clínicas como: lesión de menisco interno, condromalacia de rótula y sinovitis, daños estructurales como una expresión clínica topográficamente similar a la de plica mediopatelar (**figura 1**).

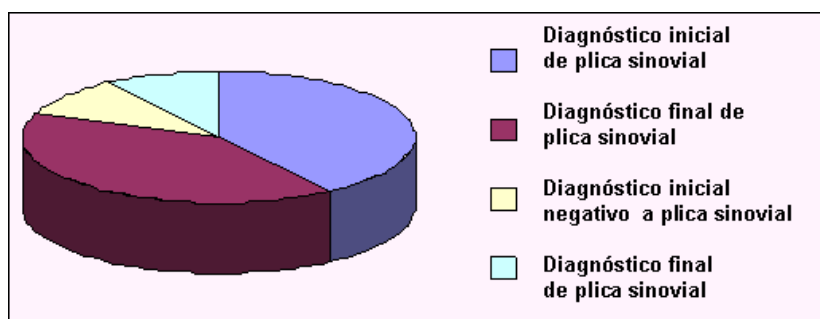


Figura 1. *Correlación clinicoartroscópica*

Al analizar las afecciones asociadas más frecuentes (**figura 2**) se halló predominio de la condromalacia de rótula y de cóndilo interno (110 y 97 rodillas, respectivamente),

así como también de la hipertrofia de la grasa de Hoffa (en menor cuantía que las anteriores).

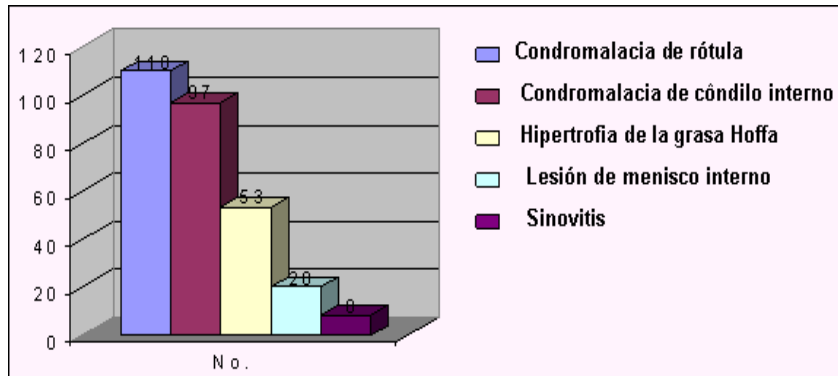


Figura 2. Afecciones asociadas más frecuentes

En la casuística preponderó la plica sinovial de tipo A (62,5 %), seguida por las de tipo B y C (27,5 y 10 %, en ese orden).

La fibrosis en zonas de la plica sinovial (54 %) constituyó la causa principal de reintervención quirúrgica (**figura 3**).

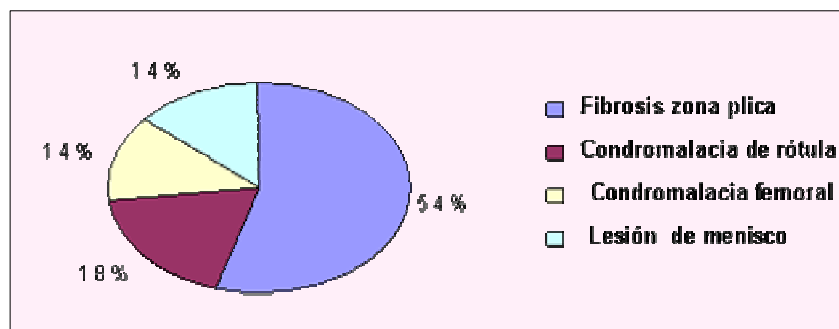


Figura 3. Causa de reintervención en los pacientes

DISCUSIÓN

La plica sinovial estuvo presente en todos los grupos de edades, pero el mayor porcentaje de positividad correspondió a los pacientes menores de 28 años, incluyendo los adolescentes; las féminas resultaron ser las más afectadas, hallazgos similares a los obtenidos por otros investigadores.^{5,9}

Se estima que el carácter de resto embrionario de la plica justifica su presencia en los pacientes jóvenes, donde los traumatismos múltiples o repetitivos (aunque sean menores), así como las actividades de flexoextensión repetidas o las contusiones directas ocasionan su inflamación y engrosamiento.^{8,9} Por otra parte, en el sexo femenino existe mayor debilidad del músculo cuádriceps femoral y mal alineación de la rodilla (genus valgo), con la consecuente posición anómala de la rótula, más laxitud articular y tendencia a la obesidad.¹⁰

El desarrollo de la artroscopia, así como su introducción en el programa de estudio de la residencia para reumatólogos, no solo ha permitido conocer mejor la estructura anatómica de la plica sinovial, sino también mejorar la correlación clinicoartroscópica.¹¹

Como bien se plantea,^{5,8} el dolor en la parte anterior y medial de la rodilla es el motivo más frecuente de consulta, aunque existen otras estructuras que al lesionarse también ocasionan este síntoma, tales como: lesión de menisco interno, condromalacia de cóndilo y faceta interna de la rótula; a los efectos, el síndrome de plica incluye además signos diagnósticos como: sensación de crepitación objetiva y subjetiva, claudicación, chasquido y limitación articular, lo cual permitió que en esta serie se realizara el diagnóstico clínico inicial a 168 pacientes (de 208 con diagnóstico artroscópico de plica sinovial) con una marcada correspondencia clinicoartroscópica.

En esta casuística, entre las enfermedades asociadas más frecuentes sobresalieron: la condromalacia de rótula y la de cóndilo interno, lo cual se relaciona con el daño directo del cordón fibroso en que se convierte la plica patológica sobre el cóndilo interno y la faceta interna de la rótula, donde ejerce un verdadero efecto de cuerda y, por contigüidad, con la grasa de Hoffa.^{1,3}

La artroscopia no solo constituye el mejor medio de diagnóstico de la plica sinovial, sino también es una posibilidad terapéutica, pues al ser cortada en su totalidad o fraccionada como prefieren algunos cirujanos, elimina el efecto de cuerda y con ello desaparecen el dolor y las demás manifestaciones clínicas.^{12,13}

La forma de cicatrizar la sección quirúrgica de la plica sinovial es motivo de recidiva sintomática y reintervención quirúrgica, como ocurrió en 54,0 % de los integrantes de la casuística, predominantemente atribuible a fibrosis en la zona de la herida.

La plica sinovial resultó ser la enfermedad más frecuente, con primacía en el sexo femenino y las edades de 16 a 25 años. Hubo una marcada correspondencia clinicoartroscópica. Los diagnósticos preoperatorios estuvieron dados por lesión del menisco interno, condromalacia de rótula y sinovitis, por lo cual deben tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial en este síndrome; asimismo, entre las afecciones asociadas figuraron: condromalacia de rótula y cóndilo interno e hipertrofia de la grasa de Hoffa por su relación anatómica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González Griego J, Cantera Ocegüera D, Checa González A, Díaz Leonard J, García Marín A, Gil Armenteros R. Artroscopia de la rodilla. Experiencia de un reumatólogo. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 199:5-8.
2. Reyes Llerena Gil, Guibert Toledano M, Hernández Martínez A. Usos, inconvenientes y abuso de la artroscopia en reumatología. Rev Cubana Reumatol 2000; II (2):4-12.
3. Plica mediopatellar.
<http://www.uc.cl/sw_educ/anatclin/anatclinica/HTML/p1263.html> [consulta:2 enero 2011].

4. Damil Castro R, Contrera Ocegüera D. Artroscopia de rodilla en niños y adolescentes bajo régimen ambulatorio: 5 años de experiencia. Rev Cubana Reumatol 2001; III(1).
<http://www.socreum.sld.cu/bvrmig_revista_electronica/v3_n1_2001/artrosc_ni%F1os.pdf> [consulta: 2 enero 2011].
5. Gil Armenteros R, Torres Carballeira R. Plica sinovial. Una causa de dolor en cara anterior de la rodilla. Rev Cubana Reumatol 2000; II(2):22-4.
6. Richmond JC, Mc Ginty. Arthroscopy resection of the hypertrophic mediopatellar plica. Clin Orthop 1983; 178:185-9.
7. Hernández Ortega E. Patología de la rodilla en el niño y adolescente.
<[http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Patologia_rodilla\(1\).pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Patologia_rodilla(1).pdf)> [consulta: 22 diciembre 2010].
8. Celestino Fusté J. Incidencia de la plica sinovial patológica y lesiones acompañantes. Rev Cubana Reumatol 2002; IV(2):12-9.
9. Damil Castro R, Checa González A. Diagnóstico clínico y por artroscopia de afecciones de la rodilla en niños y adolescentes. Rev Cubana Reumatol 2002; IV(1)
<http://www.socreum.sld.cu/bvrmig_revista_electronica/v4_n1_2002/artrosc_ni%F1os.pdf> [consulta: 22 diciembre 2010].
10. Findley BW, Brown LE, Whitehurt M. The influence of body position on load range during isokinetic knee extension/flexion. J Sports Scienc Med 2006; 5:400-6.
<<http://www.jssm.org/vol5/n3/5/v5n3-5pdf.pdf>> [consulta: 2 enero 2011].
11. Manrique J, Díaz Cortés ME. Tratamiento quirúrgico de la osteoartrosis de cadera, rodilla y mano. <<http://www.encolombia.com/medicina/reumatologia/reuma9102-tratamient-quir.htm>> [consulta: 2 enero 2011].
12. Checa González A. Verdadero papel de la plica sinovial mediopatelar en el desarreglo interno de la rodilla. Rev Cubana Reumatol 1999; I(1):9.
13. Estévez Perera A, Díaz Hernández I, Porro Novo J, Torres Caballeira R, Calderón García A. Evaluación y entrenamiento isocinético en rehabilitación posartroscópica de rodilla de paciente con artritis reumatoide. Rev Cubana Reumatol 2008; X(11/12):11-19.
<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/reumatologia/revista_reumatologia_2008.pdf> [consulta: 22 diciembre 2010].

Recibido: 30 marzo 2011

Aprobado: 22 de abril de 2011

MsC. Osvaldo Calisté Manzano. Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", avenida de los Libertadores s/n, entre calles 4ta y 6ta, reparto Sueño, Santiago de Cuba, Cuba.
Dirección electrónica:osvalman@ucilora.scu.sld.cu