

Cartas al Editor

PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE ESCLERODERMIA, CON OMALGIA CRÓNICA

SCLERODERMA PATIENT WITH CHRONIC OMALGIA

Marcos Aurelio Vázquez, Lourdes Román

Servicio de Reumatología Hospital de Clínicas, San Lorenzo, Paraguay

SEÑOR EDITOR,

La condromatosis sinovial, también conocida como osteocondromatosis sinovial o condrometaplasia sinovial es una lesión benigna, infrecuente y de localización generalmente monoarticular, que afecta fundamentalmente a grandes articulaciones como la rodilla (70%), cadera (20%) y hombro (19%)¹⁻⁵. Y en menor medida de forma poliarticular que suele ser secundaria a procesos degenerativos, traumatismos o enfermedades neurológicas. Se caracteriza por la producción de múltiples nódulos cartilaginosos, metaplásicos en el tejido conectivo de la membrana sinovial de las articulaciones, vainas tendinosas o bursas. Predomina en el sexo masculino y se presenta entre los 20 y 50 años. Es una patología hasta la fecha de etiología desconocida¹⁻⁷.

Presentamos el caso de una paciente de sexo femenino, de 56 años de edad, con el diagnóstico de esclerodermia de dos años de evolución. Refiere un cuadro de dolor de hombro izquierdo, sin antecedente

de traumatismo previo, de aproximadamente 4 años de evolución, de intensidad variable y que se acompaña de una impotencia funcional progresiva. Al examen físico se constata ritmo regular, ruidos normofonéticos, no se auscultan soplos y una ingurgitación yugular negativa. En la exploración pulmonar se constató un murmullo vesicular conservado y no se auscultan rales. Al examen de la piel se constató esclerodactilia, telangiectasias y microstomia. En el aparato osteoartromuscular, a la exploración del hombro izquierdo se constata una movilidad activa y pasiva limitada por dolor en dicha articulación, el resto del examen articular resulto normal.

Se le realizó pruebas complementarias y se constató en la radiografía simple del hombro izquierdo, calcificaciones condroides en forma de tormenta de nieve (Figura 1). En la tomografía simple del hombro izquierdo se observan importantes calcificaciones redondeadas, múltiples, aparentemente intraarticulares, que sugieren el diagnóstico de condromatosis sinovial (Figura 2).

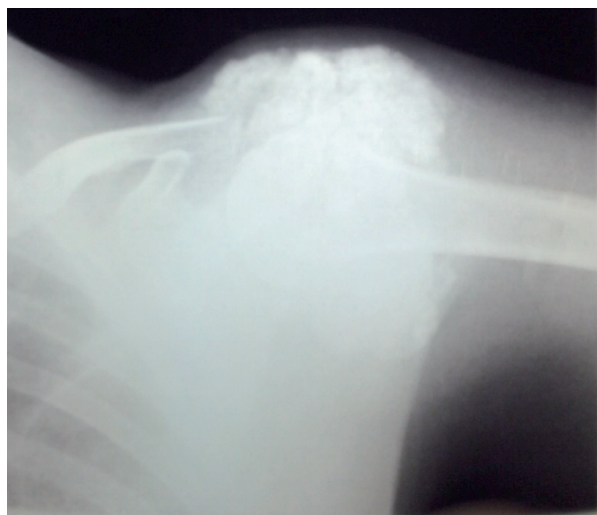


Figura 1 Condromatosis hombro izquierdo ("imagen en copo de nieve").

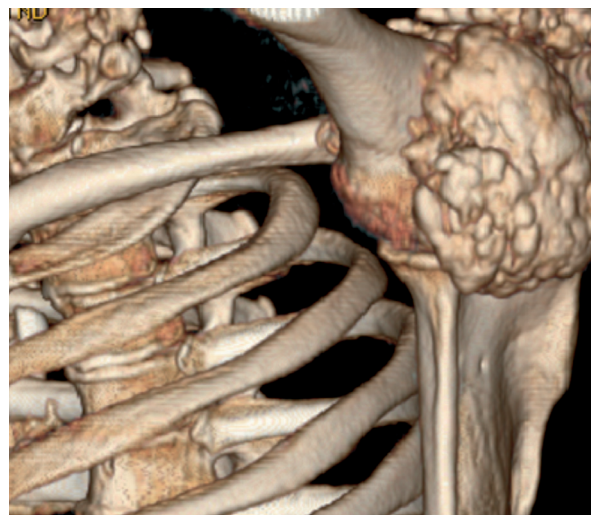


Figura 2 Condromatosis hombro izquierdo, reconstrucción 3D.

DISCUSIÓN

La condromatosis es una patología poco frecuente, benigna cuya prevalencia exacta es desconocida. Se presenta más frecuentemente en hombres con una relación hombre: mujer de 2:1⁸⁻⁹. En nuestra paciente llama la atención la asociación con la esclerodermia no reportada previamente en la literatura. No obstante existen casos aislados publicados de la condromatosis sinovial asociadas con otras patologías reumatológicas como la artritis reumatoide, la osteonecrosis, osteocondritis disecante, la osteoartropatía neuropática y fracturas osteocondrales¹⁰⁻¹³.

El rango etario de predilección de la condromatosis es entre 20 y 50 años de edad^{1,5,14,15}. La participación es típicamente monoarticular, comprometiendo las grandes articulaciones, como en nuestra paciente, siendo las más frecuentemente afectadas las rodillas en el 60-70 % de los casos; seguidas por el hombro, el codo y la cadera. Con menos frecuencia la temporomandibular, las carillas articulares de la columna vertebral, la articulación acromioclavicular, la metatarsofalángica, la articulación interfalángica, articulación de la muñeca, articulación del tobillo además de ubicaciones extraarticulares^{17,18}.

La etiología es desconocida, aunque la metaplasia de las células mesenquimales desempeñaría un papel importante. Se describe una inmunorreacción para anticuerpos contra el factor de crecimiento transformante beta (TGF – b) en la superficie de la membrana sinovial y para la tenascina en la matriz extracelular. El primero aumenta la diferenciación de células mesenquimales además de aumentar la producción de proteoglicanos y la replicación de los condroblastos; por su parte la tenascina participa en la condrogénesis de la matriz extracelular y en la condensación mesenquimática de los huesos en crecimiento¹⁹. Milgram había descrito 3 estadios de esta patología: 1- enfermedad intraarticular activa sin cuerpos libres, 2- lesiones transicionales con proliferación sinovial y cuerpos libres y 3-cuerpos libres sin enfermedad sinovial².

Afecta fundamentalmente a grandes articulaciones como la rodilla, la cadera, el codo, la muñeca y el tobillo, aunque la localización preferente es la rodilla en el dos tercios de los casos. En el caso presentado la localización fue el hombro considerada como una localización menos frecuente^{3,4,5,6,7}.

El diagnóstico se basa en el examen clínico y radiológico. En el caso discutido se apreciaban calcificaciones condroides en la radiografía simple con patrón característico en forma de tormenta de nieve. Esta des-

cripción inicialmente fue mencionada por Laennec en 1813, pero no fue hasta 1937 que Freund describe la enfermedad y en 1966 Jaffe reserva el término de condromatosis sinovial sólo a aquellos casos en los que se ve una metaplasia del cartílago¹. A esta imagen típica radiográfica se agregaron las imágenes tomográficas, lo que apoyó aun más el diagnóstico.

El tratamiento de la condromatosis sinovial en el hombro consiste en la extracción de los cuerpos libres, pudiendo optarse por la cirugía abierta o artroscópica y una sinovectomía en los casos de recidivas. Según varios estudios, en aproximadamente el 23 % de los casos de condromatosis sinovial se puede apreciar un compromiso importante del musculo subescapular con limitación motora correspondiente que se podría evitar con la artroscopia de forma precoz^{16,20}.

Presentamos este caso por ser una patología poco frecuente que se presenta asociada a otra patología infrecuente como es la esclerodermia. En pacientes con patologías reumáticas el dolor de hombro puede atribuirse a la patología de base, no obstante es importante el estudio imagenológico que puede identificar otras patologías articulares asociadas.

Autor para correspondencia

Correo electrónico: proyectos2000@yahoo.com.ar
(M. Aurelio Vázquez)

Fecha de envío

05/04/2016

Fecha de aprobación

10/05/2016

BIBLIOGRAFÍA

1. Valmassy R, Ferguson H. Synovial Osteochondromatosis: a brief review. *J Am Podiatr Med Assoc.* 1992;82(8):427-31.
2. Milgram JW. Synovial osteochondromatosis: A histological study of thirty cases. *J Bone Joint Surg Am.* 1977;59:792-801.
3. Mackenzie, Hugh, Vivek Gulati, Samantha Tross. A rare case of a swollen knee due to disseminated synovial chondromatosis: a case report. *J Med Case Rep.* 2010;23;4:113.
4. Miranda J, Hooker S, Baechler M, Buerkhalter W. Synovial chondromatosis of the shoulder and biceps tendon sheath in a 10-year-old child. *Orthopedics.* 2004;27(3):321-3.
5. Mancilla Mancilla L. Condromatosis sinovial del hombro. *Rev Med Hered.* 2007;18:161-4.
6. Coolican MR, Dandy DJ. Arthroscopic management of synovial chondromatosis of the knee. Findings and results in 18 cases. *J Bone Joint Surg Br.* 1989;71:498-500.
7. Tokis AV, Andrikoula SI, Chouliaras VT, Vasiliadis HS, Georgoulis AD. Diagnosis and arthroscopic treatment of primary synovial chondromatosis of the shoulder. *Arthroscopy.* 2007;23:1023,e1-5.

8. Sachs RA, Williams B, Stone ML. Open bankart repair correlation of results with postoperative subscapularis function. *Am J Sport Med.* 2005;33:1458-62.
9. Wodajo F, Gannon F, Murphey M. *Synovial Chondromatosis. Visual Guide to Musculoskeletal Tumors: A Clinical – Radiologic – Histologic Approach.* Philadelphia: Saunders; 2010.
10. Lin YC, Goldsmith JD, Gebhardt MG, Wu JS. Bursal synovial chondromatosis formation following osteochondroma resection. *Skeletal Radiol.* 2014;43(7):997-1000.
11. Villasana, J. E. M., & Santillán, N. D. J. R. (2009). Condromatosis sinovial de la articulación temporomandibular a la exploración artroscópica: Reporte de un caso. *Revista Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial.* 5(3),107-110.
12. Mansat, P. (2008). Artrosis del codo. *EMC-Aparato Locomotor.* 41(1),1-9.
13. Álvarez López, A., García Lorenzo, Y., Puentes Álvarez, A., & Rodríguez Rodríguez, E. (2010). Tumores del tejido sinovial de la rodilla. *Revista Archivo Médico de Camagüey.* 14(6),1-8.
14. Reyes Macías, J. F., & Sánchez Prieto, M. (2007). Condromatosis sinovial de la articulación temporomandibular. *Medicina oral, patología oral y cirugía bucal.* 12(1),21-25.
15. Dacal, M., Castro, D. M. D. L., Fava, M. R. D., Vázquez, J., & Formentini, E. (2008). Condroma de partes blandas. *Arch. Argent. Dermatol.* 58,157-159.
16. Muramatsu K, Hashimoto T, Tominaga Y, Taguchi T. Large synovial osteochondromatosis arising from the interphalangeal joint of the thumb: a case report and review of the literature. *Anticancer Res.* 2014;34(2):1057-60.
17. Littrell LA, Inwards CY, Sim FH, Wenger DE. Imaging features of synovial chondromatosis of the spine: a review of 28 cases. *Skeletal Radiol.* 2016;45(1):63-71.
18. Shah, S. B., Ramanojam, S., Gadre, P. K., & Gadre, K. S. (2011). Synovial chondromatosis of temporomandibular joint: journey through 25 decades and a case report. *Journal of oral and maxillofacial surgery: official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons.* 69(11),2795-2814.
19. Duymus, T. M., Yucel, B., Mutlu, S., Tuna, S., Mutlu, H., & Komur, B. (2015). Arthroscopic treatment of synovial chondromatosis of the shoulder: A case report. *Annals of Medicine and Surgery.* 4(2),179-182.
20. Ranalletta M, Bongiovanni S, Calvo JM, Gallucci G, Maignon G. Arthroscopic treatment of synovial chondromatosis of the shoulder: Report of three patients. *J Shoulder Elbow Surg.* 2009;18:e4-8.