

# Sinovitis vellonodular en articulación glenohumeral: a propósito de un caso

Gallego Goyanes, A; López Seijas, C.

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.

Cad Aten Primaria  
Año 2015  
Volume 21  
Páx. 67 - 68

## RESUMEN

La sinovitis vellonodular pigmentada es un desorden proliferativo que afecta articulaciones, vainas tendinosas y bursas. Presentamos un caso en una mujer de 60 años con una sinovitis vellonodular en la articulación glenohumeral. Esta es una de las articulaciones más infrecuentes en donde se puede presentar. Con este caso pretendemos incidir en la importancia de realizar un adecuado diagnóstico diferencial, dado que por su clínica puede simular luxaciones de repetición de la dicha articulación. Debido a esto, ante dolores continuos, con hemartros y luxaciones de la articulación glenohumeral de repetición debemos de tener presente este raro diagnóstico y actuar en consecuencia.

## INTRODUCCION

La sinovitis vellonodular pigmentada es un desorden proliferativo que afecta articulaciones, vainas tendinosas y bursas. La lesión puede ser difusa o localizada.

La incidencia anual es de 1.8 pacientes por millón de habitantes<sup>1,2</sup>, afectando por igual a hombres y mujeres, más frecuentemente en la 3ª y 4ª décadas de la vida. Típicamente la lesión es monoarticular, siendo la rodilla la más afectada en un 80%<sup>1,3</sup> de los casos. Puede presentarse también en cadera, tobillo, pulpejos y, raramente, hombro y articulaciones temporomandibulares

Clínicamente es una enfermedad de crecimiento lento y progresivo, que puede cursar con brotes intermitentes de inflamación y/o sangrados de repetición. Las articulaciones afectas presentan dolor y tumefacción. La duración de los síntomas puede oscilar de 6 meses hasta más de 25 años.

## CASO CLÍNICO

Mujer de 60 años con antecedentes personales de FA anticoagulada e HTA. A tratamiento farmacológico.

Acude a Urgencias por cuadro de 24 horas de dolor continuo en hombro derecho, cuya intensidad aumenta con movimientos. Niega traumatismo o sobreesfuerzo previo.

A la exploración física se observa deformidad anterior e impotencia funcional por el dolor, conservando ambas rotaciones. El resto de movimientos son difíciles de explorar por el dolor. La sospecha clínica inicial es de luxación anterior de hombro.

Se solicita una radiología simple AP y transtorácica de la articulación glenohumeral, diagnosticándose inicialmente de luxación de hombro asociada a hemartros. Se avisa al traumatólogo que realiza una reducción cerrada con posterior inmovilización con cabestrillo durante 3 semanas.

Tres meses más tarde, tras no acudir a revisión, consulta nuevamente en Urgencias por cuadro de idénticas características. Ante la clínica de repetición y, sospechando una nueva luxación de la articulación glenohumeral, se realiza una radiología simple de hombro donde se visualiza el "signo de la semiluna", por lo que se descarta inicialmente una luxación completa de la articulación. Se decide ingreso en Traumatología para completar estudio (sospecha diagnóstica: luxación de repetición / subluxación por hemartros).

Se realizan RMN y TC de forma programada (Imagen 1), con hallazgos de rotura masiva de manguito rotador, hemartros y signos en bursa subacromio subdeltoidea y recesos glenohumerales sugestivos de sinovitis vellonodular pigmentada. Tras 5 días de tratamiento analgésico, es capaz de realizar la mayoría de los movimientos activos del hombro. En posteriores revisiones se observa reabsorción

### Correspondencia

ADRIÁN GALLEGO GOYANES

SERVICIO DE COT, COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO  
DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

TRAVESÍA DA CHOUPANA S/N, 15706 SANTIAGO DE COMPOSTELA

EMAIL: ADRIAN.GALLEGO.GOYANES@GMAIL.COM

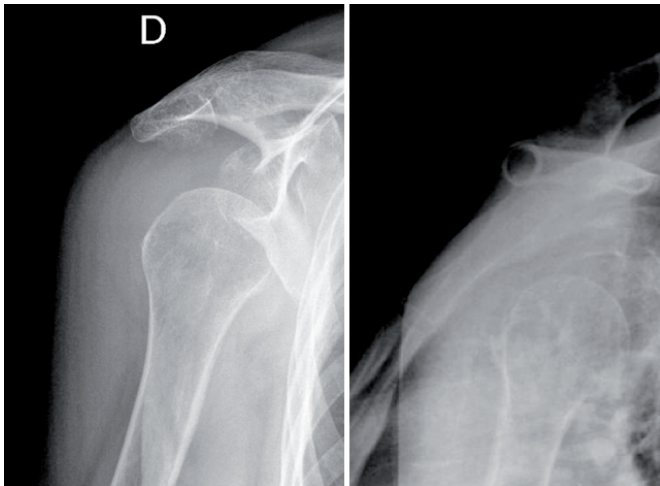


IMAGEN 1: Se muestran dos imágenes de radiografía simple, la primera AP y la segunda transtorácica, ambas de la articulación glenohumeral derecha. Se observa una subluxación de dicha articulación, porque se ve el "signo de la semiluna", lo que nos indica que no está completamente luxada, porque hay un leve contacto de la cabeza humeral con la cavidad articular de la escápula.

progresiva del hematoma y la recuperación de la movilidad articular de la articulación glenohumeral

## DISCUSION

Dadas las pocas series publicadas en la literatura y la rareza de la presentación en el hombro resulta difícil definir los hallazgos clínicos y de apoyo diagnóstico, sin embargo, nuestro caso al igual que la generalidad de los hasta ahora descritos comparten los siguientes datos: evolución clínica lenta, aumento de volumen por hemartros y subluxaciones de repetición.

El deterioro en la función articular dependerá de la extensión del derrame y de la tolerancia del paciente al dolor.

En la mayoría de los casos descritos, la TC demuestra la extensión real de la enfermedad, sin embargo el mejor método de diagnóstico es la RMN, siendo excepcional la necesidad de una artroscopia diagnóstica.

En lo que respecta al tratamiento, en la actualidad el abordaje artroscópico ha sido considerado de elección para la resección de las lesiones.

## BIBLIOGRAFÍA

1. HENRY MANKIN, MD, CAROL TRAHAN, BS, AND FRANCIS HORNICEK. Pigmented Villonodular Synovitis of Joint. *Journal of Surgical Oncology* 2011;103:386–389.
2. Horažiu I. Popov, Claudia Gherman, Liliana Rogojan. Milwaukee shoulder syndrome associated with pigmented villonodular synovitis. Case report. *Medical Ultrasonography*. 2012, Vol. 14, no. 1, 67-70.
3. Oscar Martínez-Molina, José Vázquez-García. Sinovitis villonodular en la articulación del hombro. Reporte de un caso. *Acta Ortopédica Mexicana* 2004; 18(2): Mar.-Abr: 70-73.

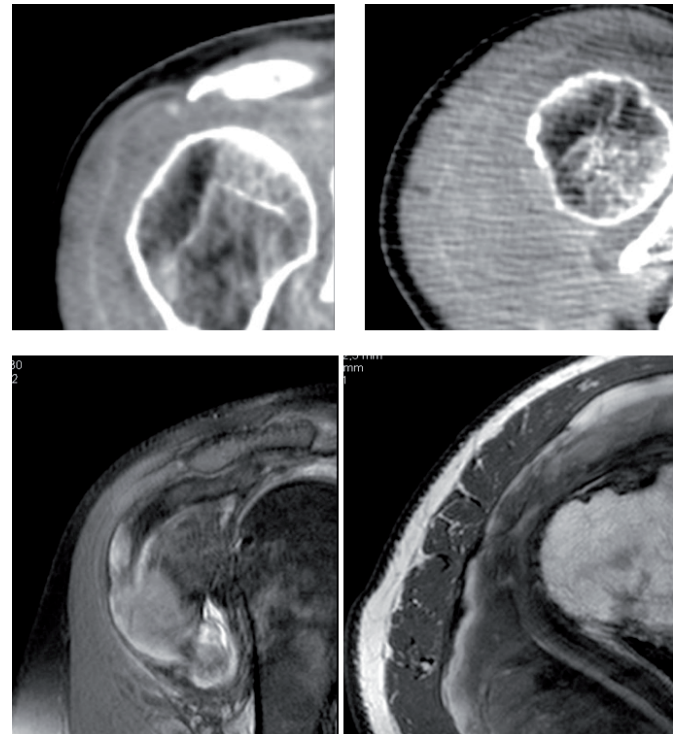


IMAGEN 2: Se muestran 4 imágenes. Las dos superiores son imágenes de TC con contraste en donde observamos una zona isodensa en el interior compatible con hemartros y una captación de contraste periféricamente. Las dos inferiores son imágenes de RM y se observa el hematoma y periféricamente una imagen irregular y de diferentes intensidades compatible con sinovitis villonodular. Además de observar una rotura completa del manguito rotador.

4. Serkan Sipahioğlu, Sinan Zehir, Hüseyin Aşkar. Omuz eklemi ve biceps tendonundaygın pigment villonodüler sinovitis: Olgu sunumu. *Eklemler Hastalıkları Cerrahisi*. 2011;22(3):172-176
5. M. FLOIIEZGALLICIA y J. A. PRIETO ALONSO. Sinovitis villonodular pigmentada. A propósito de 2 casos. *Rev. Esp. de Cir. Ost.*, 1978;13, 347-354.