

Sinovectomía de rodilla en artritis reumatoide

A. Moreno / J. Cañadell

* Dpto. de Ortopedia y Traumatología. Clínica Universitaria. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra. Pamplona.

RESUMEN

La sinovectomía de rodilla en la artritis reumatoide resultó ser un buen procedimiento para mejorar el dolor del paciente. Se realizaron 52 sinovectomías en 40 pacientes con un seguimiento promedio de 7,8 años, 33 pacientes fueron mujeres y 7 pacientes hombres con un promedio de edad de 53,7 años (rango 6 a 75). Encontramos resultados satisfactorios en 88,4 % de los casos y pobres resultados en 11,6 %, siendo clasificados los pacientes en tres grupos de acuerdo al estado radiológico de la rodilla al momento de la intervención.

Hemos visto que este procedimiento está indicado si aún se conserva bien la arquitectura articular, ya que en los casos en que está muy afectada, el resultado es menos satisfactorio.

De las 52 rodillas intervenidas, 21 (40,3 %) ganaron movilidad, 12 (23 %) no tuvieron una variación importante y 19 (36,5 %) perdieron más de cinco grados de movilidad.

El factor reumatoide fue negativo en once casos sin poder encontrar una relación de éste con los resultados de la cirugía.

SINOVECTOMÍA DE RODILLA EN ARTRITIS REUMATOIDE

Desde hace varios años la sinovectomía de rodilla ha venido siendo recomendada por los cirujanos ortopedas, básicamente para mejorar la sintomatología dolorosa¹⁻¹¹ y como prevención de un deterioro más rápido de esta articulación. En este estudio nosotros presentamos nuestros resultados de cuarenta pacientes con artritis reumatoide con cincuenta y dos sinovectomías de rodilla y un seguimiento medio de 7,8 años.

MATERIAL Y MÉTODO

Pacientes

Nuestra serie consta de 40 pacientes (33 mujeres y 7 hombres), de edad media 53,7 años (rango 6 a 75), que fueron todos diagnosticados de artritis reumatoide. Todos ellos fueron intervenidos en la Clínica Universitaria de Navarra entre 1969 y 1985 y se

practicaron 52 sinovectomías (28 en rodilla derecha y 24 en rodilla izquierda). El seguimiento medio fue de 7,8 años (rango 2 a 16).

Clasificación de la enfermedad

El estado de la enfermedad fue clasificado según Paradies L¹ en temprano, intermedio o avanzado. El estado I o temprano (16 casos) se define cuando no hay cambios estructurales visibles y la superficie articular está intacta y sin adelgazamiento del espacio articular en la radiografía.

El estado intermedio o II (23 casos) presentó mínimo estrechamiento del espacio articular y erosiones marginales leves.

El grupo III o avanzado (13 casos) fue aquel en el cual se encontraban cambios destructivos más importantes que en el grupo II.

Indicaciones para la sinovectomía

La indicación para la sinovectomía se sentó en pacientes con rodilla dolorosa, que tras tratamiento médico apropiado durante seis meses no presentaban remisión de los síntomas o recidivaban con mucha frecuencia. Muchos de estos pacientes tuvieron síntomas durante varios años. Se excluyeron los pacientes con cambios degenerativos muy avanzados.

Técnica quirúrgica

En todos los pacientes realizamos una incisión pararrotuliana interna, extirpando toda la sinovial de ese lado, el surco intercondíleo y casi la totalidad del fondo de saco subcuadricipital (Figs. 1 y 2). Se complementa con una pequeña incisión pararrotuliana externa extirpando la sinovial externa y el restante fondo de saco subcuadricipital.

Consideramos importante dejar dos drenajes de redón, que no retiramos hasta que salga muy poca cantidad.

Insistimos en la movilización precoz y progresiva 24 a 48 horas después del procedimiento, movilización que realizamos actualmente con el equipo mecánico de flexión y extensión de la rodilla (Kinetec) y el paciente es dado de alta cuando tenga una flexión superior a los 90 grados, continuando la rehabilitación ambulatoria.

RESULTADOS

Dolor

De las 16 sinovectomías del grupo I, 15 (93,7 %) fueron resultados satisfactorios y 1 (6,2 %) se obtuvo un mal resultado. Esta mejoría a través del tiempo puede distribuirse así: (Fig. 3).

1. Un paciente (6,2 %) tuvo un pobre resultado, y se le realizó una nueva sinovectomía a los cinco años con resultado satisfactorio.
2. En la revisión del segundo año, dos (12,5 %) ya tenían alguna sintomatología.
3. En la revisión del cuarto año, otros dos (12,5 %) iniciaron sintomatología.
4. En la revisión del sexto año el resto, once pacientes (68 %) estaban sin molestias de importancia.

En las 23 sinovectomías del grupo II, 21 (91,3 %) obtuvieron resultados satisfactorios y 2 (8,6 %) malos, mejoría que a través del tiempo podemos distribuir así:

1. Dos (8,6 %) presentaron un mal resultado al haber tenido una infección por estafilococo.
2. En la revisión del segundo año, cinco (21,7 %) manifestaban algún tipo de sintomatología.
3. En la revisión del cuarto año, otros diez (43,4 %) manifestaban algún tipo de sintomatología.
4. En la revisión del sexto año, seis (26 %) estaban libres de sintomatología, mejoría que fue decreciendo con el tiempo.

En las 13 sinovectomías del grupo III, con un compromiso estructural previo, 10 (76,9 %) fueron satisfactorias y 3 (23 %) obtuvieron un pobre resultado, distribuidos así a través del tiempo:

1. De las tres que fueron mal, una fue por infección que luego terminó en una artrodesis de rodilla.
2. En la revisión del segundo año, siete (53,8 %) ya tenían algún tipo de sintomatología.
3. En la revisión del cuarto año, otros dos (15,3 %) presentaron sintomatología.
4. En la revisión del sexto año, sólo uno (7,6 %) estaba libre de sintomatología.

Por lo tanto en términos globales, de las 52 sinovectomías, 46 (88,4 %) se encontraron satisfechas y 6 (11,5 %) obtuvieron un pobre resultado.

Movilidad

De las 52 rodillas intervenidas, 21 (40,3 %) ganaron más de 5 grados de movilidad, 12 (23 %) no variaron en más de 5 grados el rango de movilidad y 19 (36,5 %) perdieron más de 5 grados. (Fig. 4).

De todos los pacientes, seis notaron alguna mejoría de otras articulaciones después de realizada la sinovectomía de rodilla y el resto refirieron sentirse igual.

En el momento de la intervención en 45 casos se encontró la velocidad de sedimentación globular por encima de 35 en la primera hora, no encontrando una relación de ésta con la evolución postquirúrgica.

El factor reumatoideo fue negativo en once casos, sin poder encontrar relación de éste con los resultados de la cirugía.

CONCLUSIÓN

Se cree que la sinovial enferma y las enzimas asociadas con el proceso inflamatorio producen daño al cartílago, al hueso y a las partes blandas, por lo que se usa la sinovectomía con el fin de interrumpir este proceso tempranamente, antes de que el daño irreversible haya ocurrido.

Consideramos que la sinovectomía es un buen tratamiento para los pacientes en quienes no pueda controlarse la sintomatología con tratamiento médico. Gran parte de ellos se sienten satisfechos con la intervención, a pesar de que con el transcurso del tiempo la sintomatología vaya volviendo a aflorar.

Este estudio confirma que desde el punto de vista del paciente, el verse libre de dolor es el criterio más importante para considerar que la intervención ha tenido éxito.

Como se ve en los resultados, un porcentaje de los pacientes pierden movilidad, pero otros mantienen la misma que tenían antes de la intervención; también hay un grupo que gana movilidad.

Por lo tanto, este procedimiento obtiene buen resultado siempre y cuando la rodilla en que se va a realizar no se encuentre en un estado avanzado de degeneración, pues éstas suelen tener una mejoría de menor calidad y menor duración, en contraste con los estados en donde hay una poca degeneración articular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Paradies LH. Synovectomy for rheumatoid arthritis of the knee. *J Bone Joint Surg (Am)*, 57-A: 95-100, 1975.
2. Mongan ES, Boger WM y Gihiland B. Synovectomy in rheumatoid arthritis. A retrospective study. *Arthritis and Rheumatism*, 13: 761-768, 1970.
3. Arthritis and Rheumatism Council. Controlled trial of synovectomy of knee and MCP joints in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*, 35: 437-442, 1976.
4. Aidem HP y Baker LD. Synovectomy of the knee joint in rheumatoid arthritis. *J Am Med Assn*, 187: 4-6, 1964.
5. Frati MA, Talavera V y Criollos Torres O. La sinovectomía en la artritis reumatoide infantil. *Bol Med Hosp Infant Mex*, 35-2: 381-387, 1978.
6. Jones D y Taylor JG. Experience with knee synovectomy in Norwich 1964-1973. *Acta Orthop Scand*, 47-4: 423-431, 1976.
7. Richter R, Kohler G, Nubling W y Engels G. The problem of systemic action of synovectomy of the knee. *Joint in Rheumatoid Arthritis. Aktuel Rheumatol*, 10-3: 105-108, 1985.
8. Brattstrom H y Larusdottir H. Long term results of knee synovectomy in early cases of rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol*, 4-1: 19-22, 1985.
9. Ishikawa H y Ohno O. Long term results in synovectomy in rheumatoid patients. *J Bone Surg*, 68-2: 198-205, 1986.
10. Schwarz B y Heisel S. Long term results after synovectomies of the knee joint in rheumatoid arthritis. *Aktuel Rheumatol*, 11-1: 29-35, 1986.
11. Pulsen S y Ostergren M. Knee joint synovectomy in rheumatoid arthritis. The effects of late synovectomy. *Ugeskr Laeg*, 148-7: 391-393, 1986.

SYNOVECTOMY FOR RHEUMATOID ARTHRITIS OF THE KNEE

SUMMARY

Synovectomy of the knee results in a satisfactory degree of pain relief in rheumatoid arthritis.

52 synovectomies were performed in 40 patients. The mean length of follow-up was 7,8 years. We found satisfactory results in 88,4 % of the cases and unsatisfactory results in 11,6 %. We could see that this procedure is indicated in those cases that have a well preserved articular architecture, while if this is destroyed the result is poorer.

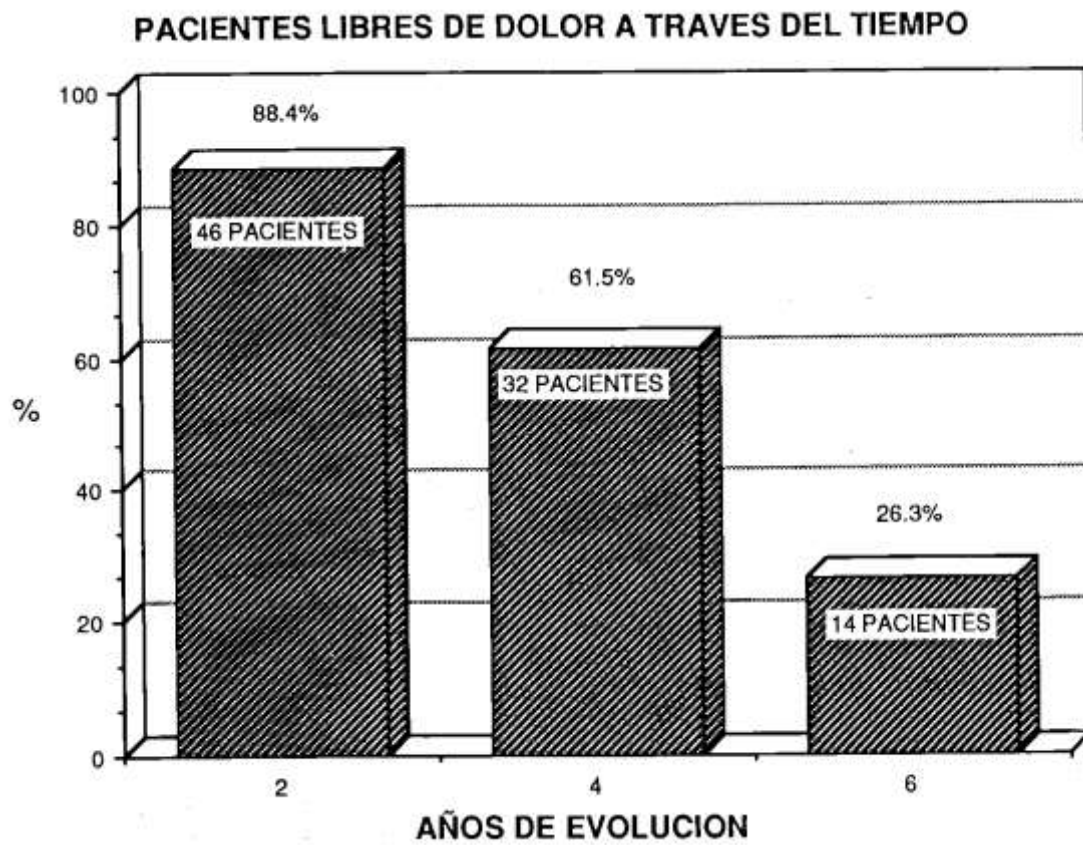
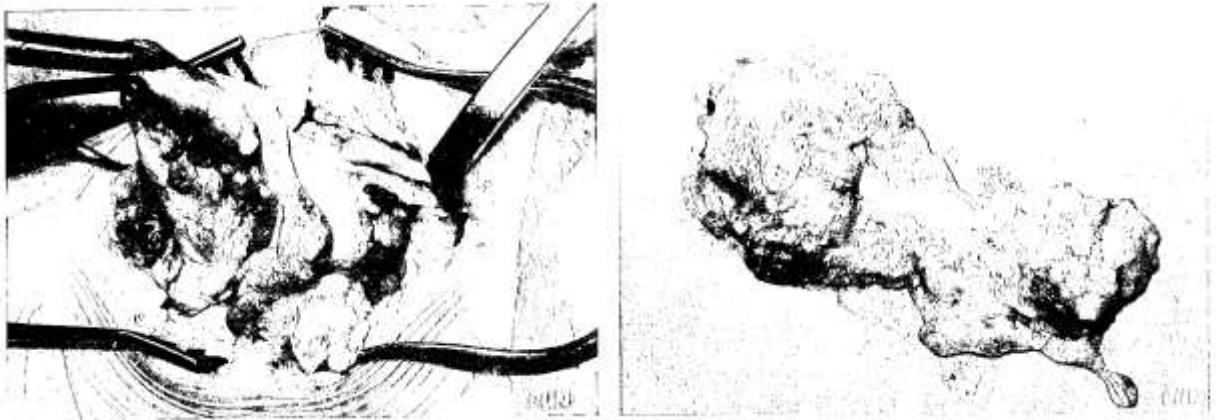


Figura 3. Porcentaje de rodillas con resultados satisfactorios en cuanto al dolor en la evolución a los 2, 4 y 6 años post-sinovectomía.

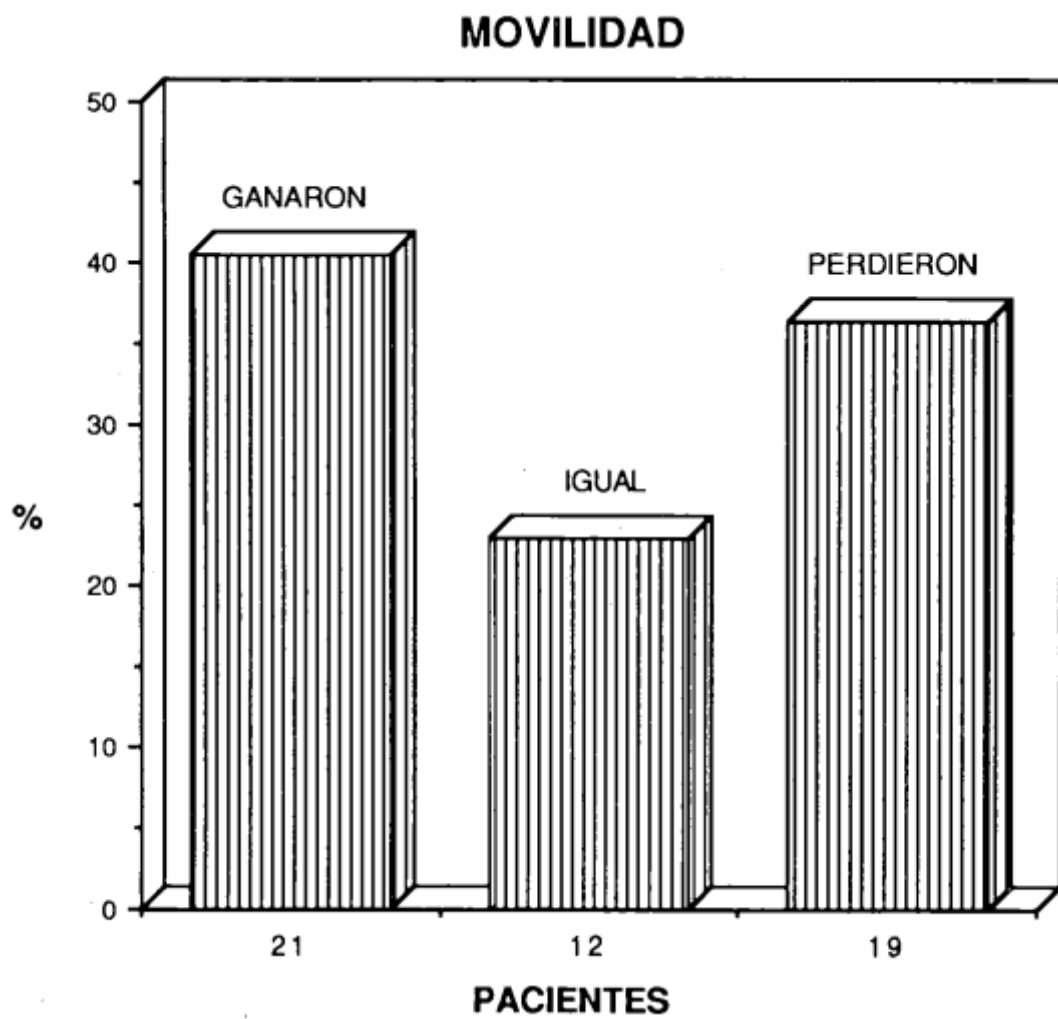


Figura 4. Esquema de pacientes que ganaron, perdieron o mantuvieron igual movilidad después del procedimiento.