

# Sinovectomía artroscópica de la rodilla en artritis reumatoidea

Dr. Ricardo Santiago

**RESUMEN:** Entre los años 1989 y 1995 hemos realizado 24 sinovectomías artroscópicas de rodilla en pacientes con Artritis Reumatoidea. En nuestra experiencia todos los compartimentos de la rodilla son accesibles mediante pequeñas incisiones. El dolor mejoró de un 75% en pacientes de grado severo y moderado a 28%, al igual que la sinovitis que mejoró de un 85% a 23% de los pacientes, con un seguimiento promedio de 3,5 años.

La conclusión fue que la sinovectomía artroscópica es un tratamiento efectivo en pacientes con artritis reumatoidea con bajos riesgos.

**ABSTRACT:** Between 1989 and 1995 we have performed 24 synovectomies of knee by arthroscopic procedure in patients with Rheumatoid Arthritis. In our experience all the compartments of the knee are accesibles with small incisions. The pain decreases from 75% in patients who have severe or moderate grade to 28% as same as the synovitis that decreases from 85% to 23% over 3.5 years on average follow up time.

The conclusion is that the synovectomy is an effective treatment in arthritis rheumatoid patients with low risks.

## INTRODUCCION

La sinovectomía de la rodilla tenía hasta la fecha como implicancia la necesidad de abordajes quirúrgicos extensos con incisiones parapatelares medianas y para poder acceder al compartimento posterior se necesitaba más de una incisión (1, 2, 3).

Esto le significaba a los pacientes dolores postoperatorios, inmovilización prolongada, atrofia muscular y limitaciones en la movilidad, además del aspecto cosmético negativo (4).

La fibrosis intraarticular era una de las complicaciones. La incisión sobre el vasto medial influyó negativamente en la biomecánica de la rodilla y causaba daños en la propiocepción y al nervio safeno (5).

Una salida lo permite la cirugía artroscópica con menor movilidad.

Hoy en día es posible con incisiones puntiformes realizar una sinovectomía completa, sobre todo con

mejoras en el instrumental como el uso de instrumentos motorizados.

Estudios anatomopatológicos han demostrado el alcance a todas las capas de la sinovial (6).

El propósito de este trabajo es determinar si la sinovectomía artroscópica es un tratamiento beneficioso y/o alternativo para los pacientes con Artritis Reumatoidea con afectación articular de la rodilla.

## MATERIAL Y METODOS

Desde 1989 a 1995 hemos realizado 24 sinovectomías artroscópicas en 22 pacientes con artritis reumatoidea (7).

Nueve pacientes fueron de sexo masculino y trece del sexo femenino. La edad promedio fue de 48 años con un rango de 18 a 71 años.

El seguimiento corresponde a 3,5 años promedio con un rango de 2 a 6,5 años.

Para indicar la sinovectomía artroscópica hemos clasificado a la enfermedad en 4 períodos, a saber:

1 - Período Inflamatorio. (Fig. 1)

2 - Período Sinovítico. (Fig. 2)

Instituto Dupuytren de Ortopedia y Traumatología  
Avda Belgrano 3402 - Tel: 865-3373 865-3371  
Buenos Aires, Argentina

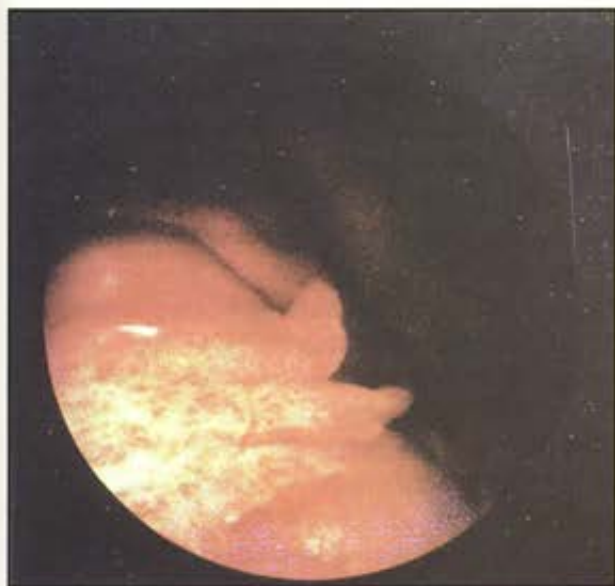


Fig. 1: Periodo inflamatorio

3 - Período de las lesiones condrales.

4 - Período de anquilosis articular.

PERIODO	Nº DE PACIENTES OPERADOS	%
INFLAMATORIO	6	25
SINOVITICO	15	62,5
LESIONES CONDRALES	3	12,5
ANQUILOSIS ARTICULAR	0	0

La indicación de cirugía artroscópica se realizó fundamentalmente en los 2 primeros estadios y también se puede incluir la faz temprana del 3er período, siempre y cuando no se observen cambios radiológicos severos de pinzamiento articular, quistes y geodas subcondrales, etc.:



Fig. 2: Periodo Sinovítico

Dividimos a la articulación de la rodilla en 6 compartimientos para la sistematización quirúrgica:

- 1 - Anterior, superior e interno.
- 2 - Anterior, superior y externo.
- 3 - Anterior, inferior e interno.
- 4 - Anterior, inferior y externo.
- 5 - Intercondíleo.
- 6 - Posterior.

Hemos basado nuestro estudio en la toma de 4 parámetros de la enfermedad: **dolor**, **sinovitis**, **movilidad** y **distancia para caminar** (7), y clasificamos a éstos según el grado de intensidad 0 a 3 de mayor a menor.

	0	1	2	3
DOLOR	SEVERO	MODERADO	LEVE	NINGUNO
SINOVITIS	SEVERO	MODERADO	LEVE	NINGUNO
MOVILIDAD	+15%	10-15%	0-15%	0%
DISTANCIA P/ CAMINAR	10 mts	100 mts	1000 mts	S/LIMITE

### Técnica quirúrgica

Se realiza con manguito hemostático, anestesia general o peridural.

Colocamos un brete lateral para contención del muslo y para posibilitar la visión del compartimento medial; usamos campos de nylon como impermeabilizante.

Usamos un artroscopio de 3º y de 4 mm de diámetro. Realizamos los portales anteromedial y anterolateral, infra y suprapatelar para tener una visión completa de la articulación. (Fig. 3)

También realizamos los portales posterolateral y posteromedial. (Fig. 4)

La solución de irrigación la colocamos a 1,5 mts de altura por encima del paciente. Se procede al llenado de la articulación. La irrigación es continua y se realiza por la funda de la óptica. Los instrumentos quirúrgicos se introducen por el portal anteromedial. En promedio se han usado entre 6 y 10 litros de solución de irrigación y el promedio fue en tiem-

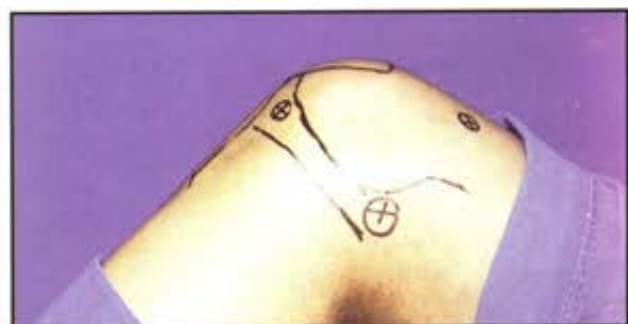


Fig. 3: Accesos Artroscópicos

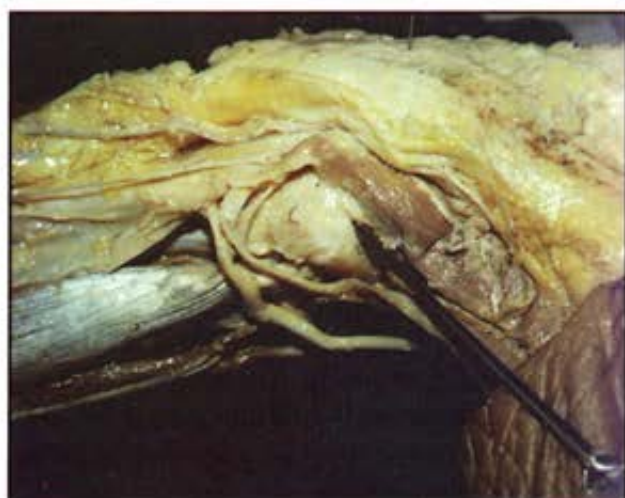


Fig. 4: Acceso Posterior. Vena Safena Interna. Nervio Safeno Interno.

po de 65 minutos. Como instrumental se usaron sinoviótomos especialmente fabricados para tal fin. Se usaron 6 portales para los diferentes compartimientos.

## RESULTADOS

El dolor mejoró en un porcentaje que fue del 75% para los pacientes con dolor severo o moderado en el preoperatorio a 28% en el postoperatorio a 3,5 años de promedio de seguimiento.

La sinovitis estuvo presente en los rangos de severo y moderado en nuestra serie de pacientes en un 85% y mejoró en el postoperatorio a 23%.

Si bien hubo mejoría para la movilidad no fue tan significativa como las anteriores, al igual que la distancia para caminar.

		PREOPERATORIO 24 RODILLAS	POSTOPERATORIO 22 RODILLAS
Dolor	Severo	30%	19%
	Moderado	45%	9%
	Leve	20%	60%
	Ninguno	5%	12%
Sinovitis	Severo	30%	7%
	Moderado	55%	16%
	Leve	25%	46%
	Ninguno	0%	31%
Movilidad	Severo	0%	0%
	Moderado	2%	1%
	Leve	18%	18%
	Ninguna	80%	81%
Dif. P/ Caminar	Severo	10%	2%
	Moderado	30%	15%
	Leve	50%	40%
	Ninguno	10%	43%

En el 100% de los casos usamos abordajes convencionales.

En el 20% de los casos estuvieron indicados los accesos standard con el posteromedial; en el 2% estuvo el posterolateral.

En el 80% usamos los abordajes suprapatelar medial y lateral.

El uso de los portales dependió de la relación con la extensión de la enfermedad, elasticidad de la cápsula enfermedad, elasticidad de la cápsula articular, plicas sinoviales.

En el 5% de los casos no pudimos acceder al receso posterior por dificultades técnicas.

En el 11% hubo menisectomías y en el 16% shaving del cartilago.

Todos los pacientes fueron estudiados desde el punto de vista radiológico, análisis de sangre con resultados positivos para artritis reumatoidea y control con el reumatólogo.

Todos los pacientes fueron sinovectomizados luego de como mínimo 4 meses sin remisión con tratamientos habituales con antiinflamatorios y fisioquinésicos.

La internación duró 2 días de promedio.

En los primeros 2 pacientes tuvimos hemartrosis postoperatoria de 200 ml y de 250 ml respectivamente a las cuales tuvimos que realizarle artrocentesis a repetición.

En las cirugías sucesivas colocamos un hemosuctor por el período de 24 hs.

No tuvimos infecciones postoperatorias.

En 2 pacientes al cabo de los 3 años de sinovectomizados realizamos una artroplastía total de rodilla por destrucción articular rápidamente progresiva.

## DISCUSION

El beneficio logrado con la menisectomía artroscópica en comparación con la cirugía convencional también se obtuvo en la sinovectomía artroscópica y por lo tanto aumentó su indicación (5). Esto se mejoró debido al uso de instrumental motorizado, con capacidad de succión y modificación en las hojas de resección sinovial, que en algunas oportunidades necesitamos más de una por desgaste de la misma.

Ishikawa (8) y Laurin (9) obtuvieron buenos resultados con la sinovectomía artroscópica en artritis reumatoidea.

A través de estas mejorías se han obtenido sinovectomías completas protegiendo cartilago, meniscos y ligamentos. También hubo mejoría en los accesos a

los diferentes compartimentos (10).

Los pacientes operados mediante la forma artroscópica pueden rehabilitar tempranamente obteniendo resultados satisfactorios en especial para los parámetros de dolor y la sinovitis.

## CONCLUSIONES

Luego de nuestra experiencia la intervención artroscópica es muy beneficiosa debido a que:

- 1 - No se necesitaron abordajes extensos en ningún caso.
- 2 - No se produjo la lesión de la rama cutánea del nervio safeno.
- 3 - No se lesionan las fibras del vasto medial.
- 4 - No se produce fibroartrosis.
- 5 - El dolor postoperatorio es mínimo.
- 6 - Las complicaciones son mínimas por lo cual incrementa la indicación.
- 7 - La movilización es temprana.
- 8 - En recidivas se puede repetir el procedimiento.

Según nuestra observación el procedimiento artroscópico resultó satisfactorio. Nos surge la pregunta ¿Este procedimiento reemplazará definitivamente a la cirugía convencional como la cirugía meniscal?

Hoy en día estamos viendo procedimientos con técnica laser con lo cual se procura proteger aún más los tejidos circundantes.

En nuestra experiencia y en nuestras manos los resultados de la sinovectomía artroscópica son buenos. Creemos que puede mejorar aún más por la evolución de la tecnología, como por ejemplo el uso de cirugía artroscópica con laser.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 Hitoshi Ishikawa MD, Osamu Ohno MD and Kazushi Hirohata MD: Long-Term Results of Synovectomy in Rheumatoid Patients. *J Bone Joint*

- Surg. Vol 68A N°2 1986. 198-205. Kobe Japan.
2. Marmor Leonard MD: Surgery of the rheumatoid Knee. *J Bone Joint Surg* Vol 55-a n° 3 April 1973. Los Angeles California.
3. Berenstein Mario MD, Rajman Miguel MD, Santini Araujo MD, Hofman Julio MD: Patología Sinovial. Diagnóstico y Tratamiento artroscópico. *Rev. Asoc. Arg. Ortop y Traumatol.* Vol. 58, N° 4 479-487. Argentina.
4. Surret PP MD: A Review of Synovectomy. *J Bone and Joint Surg* 20: 68-76. Jan 1938.
5. K. U. Jensen, W Klein: Die arthroskopisch-chirurgische Synovektomie am Kniegelenk. *Z. Orthop.* 126 (1988) 513-518.
6. Ogilvie-Harris DJ and Basinski A: Arthroscopic Synovectomy of Knee for Rheumatoid Arthritis. *Arthroscopy* 7 (1): 91-97.
7. Committee of the American Rheumatism Association: 1959 Revision of Diagnostic Criteria for Rheumatoid Arthritis, *Arthritis and Rheumat.* 2: 16-20, 1959.
8. Ogilvie-Harris DJ, Mb, Ch B, FRCS (C) and L. Weisleder MD, FRCS (C): Arthroscopic Synovectomy of the Knee: Is It Helpful? *Arthroscopy.* Vol 11 N° 1 February, 1995: pp 91-95.
9. Ishikawa H, Ohno O Hirohita K: Long Term Results of Synovectomy in Rheumatoid Patients. *J Bone and Joint Surg.* 1986. 68A: 198-205.
10. Laurin CA, Desmarchis J, Dazino L, Garipey R: Long Term Results of synovectomy of the Knee in Rheumatoid Patients. *J Bone and Joint Surg.* 1974; 56A: 521-31.
11. DJ Ogilvie-Harris, DJ Biggs M, Mackay and Weileder L: Posterior Portals for Arthroscopic Surgery of the knee. *Arthroscopy* 10 (6): 608-613.
12. Paradies LH: Synovectomy for Rheumatoid Arthritis of the Knee. *J Bone and Joint Surg.* 57 A (1): 95-100. 1975.
13. Silberman F y Col: Sinovectomía en artritis reumatoidea de la rodilla. *Bol y Trab. SAOT* 32: 194. 1967.
14. Bryan RS and Peterson LF: Synovectomy of the Knee. *Orthop. Clinic North America* 2: 705-713, 1971.