

Servicio Nacional de Reumatología
Hospital Clínico Quirúrgico "10 de octubre"

PLICA SINOVIAL. UNA CAUSA DE DOLOR EN CARA ANTERIOR DE LA RODILLA

*Dr. Rafael G. Gil Armenteros **, *Dr. Roberto Torres Carballeira **, *Dr. Roberto U. Torres Moya ***, *Dra. Inaida de la C. Pérez Ferrer ****.

* Especialista de Primer Grado en Reumatología. Profesor Asistente.

** Especialista de Primer Grado en Medicina Interna, Especialista Segundo Grado en Reumatología, Profesor Asistente, Jefe del Servicio Nacional de Reumatología.

*** Especialista de Primer Grado en Neurofisiología.

RESUMEN: La Plica Sinovial es un remanente embrionario capaz de provocar dolor en cara anterior de la rodilla por diferentes causas. Realizamos un estudio de 63 pacientes operados de Plica Sinovial Mediopatelar Patológica bajo control artroscópico en un período de 14 meses en el Servicio Nacional de Reumatología del Hospital Clínico Quirúrgico Diez de Octubre. El 90% de nuestra muestra obtuvo mejoría y la mayoría de ellos logran reincorporarse a sus labores antes de la novena semana de operados. Los resultados son expuestos en tablas y gráficos confeccionados al efecto.

INTRODUCCION

Una Plica es un repliegue sinovial o banda que es usualmente blanda, movable, delgada, plegable, asintomática y más prominente en flexión. Ocasionalmente remanentes embrionarios del septum intrasinovial persisten en la vida adulta y se transforman en una estructura engrosada, fibrosa y con frecuencia en cordones hemorrágicos causando chasquido o sensación de golpe seco a lo largo del lado medial o lateral de la patela.

La plica medial suprapatelar y menos comúnmente la plica suprapatelar lateral son las más prominentes. Estas estructuras, también pueden causar hipersensibilidad o un sonido de golpe seco cuando ella chasquea sobre la cara anterior del

cóndilo femoral, usualmente con movimientos repetitivos cuando la rodilla es extendida o flexionada.

La artroscopia con doble contraste puede identificar estos repliegues, aunque la visualización artroscópica con sinovitis, hemorragia, engrosamiento sobre cóndilo es la evidencia más fiel que la plica es la causante de los síntomas.

Entre los factores etiológicos que pueden precipitar el ciclo inflamatorio conduciendo al síndrome de plica se señalan: traumatismo directo, inflamación secundaria de la plica a varios trastornos patológicos de la rodilla durante el ejercicio severo o el deporte competitivo, el traumatismo repetitivo de los atletas y un trastorno mecánico o patológico asociado (2,3).

El dolor es el síntoma más frecuente referido por un paciente y puede localizarse en el borde inferior de la rótula o hacia la cara anterior o borde interno de la rodilla. Puede ser intermitente o aumentar con la actividad física (4,5,6).

En el Examen Físico el signo más frecuente es el de Auxhausen que se busca con el paciente en decúbito supino y la rodilla relajada. Procedemos a desplazar la rótula hacia la parte lateral y se hace compresión contra el cóndilo interno con el dedo pulgar.

La plica sinovial con frecuencia es pasada por alto por facultativo de diferentes especialidades que atienden pacientes que consulta por dolor en cara anterior de la rodilla, por lo que es importante pensar en este trastorno para su correcto diagnóstico.

Esta investigación tiene como propósito demostrar, la importancia que tiene el reconocimiento de dicha estructura y nada mejor para ello, que la evolución de los pacientes que fueron diagnosticados a través de la artroscopia de la rodilla.

MATERIAL Y METODO

Fueron estudiados 63 pacientes operados de plica sinovial mediopatelar bajo control endoscópico mediante entrevista directa con el paciente con un modelo de encuestas confeccionado para una consulta creada al efecto.

Nuestro universo estuvo compuesto por pacientes de uno y otro sexo comprendidos entre las edades de 16 y 66 años. El período de tiempo en que fueron entrevistados osciló entre los 6 y 21 meses después de la intervención.

El universo tuvo como criterio de selección la presencia de plica sinovial y las lesiones vinculadas a ella directamente, condromalacia de la parte anterior del cóndilo femoral interno, condromalacia de rótula y sinovitis crónica.

Los pacientes después de interrogados y examinados fueron clasificados atendiendo a su evolución en asintomáticos, mejor, igual y peor.

La artroscopia fue realizada en todos los

pacientes por vía inferoexterna utilizando un artroscopio **KARL-STORZ** con telescopio de 30° de visión amplia bajo anestesia local, espinal o general de acuerdo a las necesidades propias del caso realizando el examen completo de la articulación.

La técnica quirúrgica aplicada para la resección de la plica fue la descrita por MC. Ginty (7).

Todos los pacientes fueron evaluados a la semana de haber sido sometidos al proceder, al día siguiente del proceder se les orienta ejercicios isométricos del cuádriceps, bolsa de hielo y antiinflamatorios no esteroideos cuando no existan contraindicaciones.

Los resultados se exponen en tablas y gráficas que analizan la evaluación de los pacientes y tiempo que demoraron en reincorporarse a sus actividades habituales.

RESULTADO Y DISCUSION

El grupo etéreo predominante estuvo comprendido entre las edades de 15 a 25 años, representó el 42.8% de la muestra con predominio del sexo femenino (Tabla No 1).

El predominio en nuestra serie de los grupos etéreos que oscilan entre los 15 y 35 años y que constituyen aproximadamente el 60% de la muestra, concuerda con los hallazgos de Kinndard y Levesque, donde sus 20 pacientes estuvieron comprendidos entre las edades de 11 a 32 años. (8).

Dada su condición de resto embrionario, es lógico pensar que la plica sinovial provoque sintomatología más frecuente se encuentre en personas jóvenes, lo que hace que la misma sea más susceptible al trauma desde la niñez.

La evolución general de nuestros casos fue satisfactoria, solamente no obtuvieron mejoría 6 pacientes. En cambio obtuvo mejoría el 90.6% (57 pacientes).

Tabla N° 1: Composición de la muestra según grupo etareo y sexo

GRUPO ETAREO	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	PORCIENTO
15 -25	9	18	27	42.8
26 -35	7	4	11	17.6
36 - 45	5	5	10	15.8
46 - 55	2	8	10	15.8
56 - 65	4	0	4	6.5
+ 66	1	0	1	1.5
TOTAL	28	35	63	100

Tabla N° 2: Evolución de los pacientes

EVOLUCION	N°	%
ASINTOMATICO	27	42.8
MEJOR	30	47.6
IGUAL	3	4.7
PEOR	3	4.7

Los estudios reportados por otros autores dan cifras de resultados favorables de 96% (7), 77% de excelentes y buenos y 23% de favorables reportan Broom y Fulkerson (9) en su serie de 29 rodillas, no reportando ningún caso de resultados pobres.

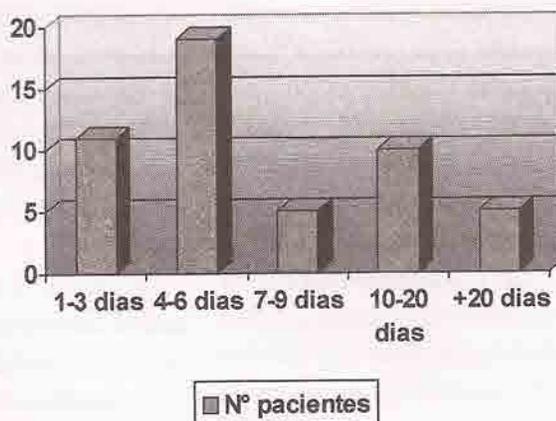
Koshino y Okamoto en su serie de 39 rodillas reportaron alivio del dolor en 26 rodillas y disminución del mismo en 13 (10).

Es bueno señalar que las lesiones directamente vinculadas a la plica sinovial fueron tratadas durante el acto quirúrgico, previo a la resección de la misma.

En nuestro estudio fue analizado el intervalo de tiempo que tardaron los pacientes operados en reincorporarse a sus labores habituales (Gráfico No 1).

El número de trabajadores y estudiantes fue de 48 y de ellos 34 se reincorporaron a sus actividades entre la primera y novena semana, incorporándose solamente 4 pacientes después de las 20 semanas.

Gráfico N°1: Intervalo de reincorporación



CONCLUSIONES

- Ø La mayoría de nuestros pacientes obtuvo mejoría
- Ø Los pacientes estudiados se reincorporaron a sus labores antes de las nuevas semanas.

RECOMENDACIONES

- Ø Debe tenerse en cuenta la posibilidad de plica sinovial ante todo paciente que consulta por dolor en cara anterior de la rodilla.

BIBLIOGRAFIA

1. Mc Corty, Daniel J: Arthritis and Allied conditions A text book of Rheumatology, Philadelphia, Lea & Febiger 1989: 1395.
2. Patel, D. Arthroscopy of the synovial folds and their significance, Ame J. Sports Med 6 (5); 217 – 225.
3. Aprin, H; Shapero, J; 44 Gershwin, MN: Arthrography (Plica Views). Clin. Orthop. Rel. Res. 183 (3) 90 – 95 1984.
4. Hardaker, W. T; T. L Whipple; FM Basset. Diagnosis and treatment of the Plica Syndrome of the Knee. Journal of Bone and Joint surgery 62 –A (2); 221 – 225. 1980.
5. Munzinger, VMD, y otros : Internal derangement of the Knee Joint due, to pathologic synovial folds: The medipapellar plica syndrome Clin. Orthop. Rech. 155: 59 – 63. 1979.
6. Podskubka, A; y otros: Plica Sinovialis infrapatellaris Actachir Orthop. Traum. Cech: 51: 25 – 32. 1984.
7. Richmond, J. C, MC Ginty, JB: Segmental arthroscopy. Resection of the hypertrophic medio patelar plica. Clin. Orthop. Rel. Nos 178: 185 – 183. 1983.
8. Kinnard, P Levesque, R Y: El Síndrome de la Plica, un síndrome de controversia Clin. Orthop. 183 (3): 141 – 143 1984.
9. Broom, M D; Fulkerson, M D: The plica syndrome. A new perspective. Orthop. Clin. Nos. Am 17 (2): 279 – 281, 1986.
10. Koshino, T Okamoto, R. Resection of the painful shelf (Plica synovialis mediopatellaris) under arthroscopy. Arthroscopy 1985: 1 (2): 136 – 41.