

Resolución del caso

Ricardo Trueba

*Departamento de Resonancia y Tomografía Computada, Grupo Médico Rostagno,
Diagnóstico por Imágenes, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina*

Presentación del caso en la página 190.

DIAGNÓSTICO: SÍNDROME DE LA PLICA RADIOHUMERAL

DISCUSIÓN

El pliegue sinovial radiohumeral es una estructura anatómica formada por tejido capsular y se encuentra en el borde proximal del ligamento anular. Tiene cuatro porciones claramente diferenciadas por ubicación: anterior, lateral, posterolateral y lateral. La plica sinovial más común del codo es el pliegue sinovial radiohumeral postero-lateral.

Los pliegues sinoviales normales aparecen como estructuras meniscoides (triangulares), compuestas predominantemente por tejido fibroadiposo con vascularización moderada y abundantes terminaciones nerviosas en la periferia, lo que sugiere la posibilidad de dolor asociado con anomalías.

Se desconoce la función de los pliegues del codo sinovial. Pueden actuar como estabilizadores para evitar un movimiento excesivo. Aunque su papel durante la pronación y la supinación puede considerarse protector, estos pliegues no se comprimen directamente entre el capitelio y la fóvea radial.

Las características fisiopatológicas del síndrome de la plica no están claramente definidas. El síndrome de la plica surge de una lesión, como un golpe directo, un microtrauma repetitivo y sobrecarga (p. ej., deportes que requieren extensión y flexión repetitiva, como atletas lanzadores y golfistas), una fuerza de torsión que estira la plica, condición que incita a una reacción inflamatoria. La lesión repetitiva provoca un engrosamiento inflamatorio del pliegue sinovial y sinovitis localizada crónica. A medida que el grosor del pliegue aumenta, puede interponerse y comprimirse entre las superficies articulares durante ciertos movimientos, produciendo un chasquido de la articulación.

Los síntomas de las plicas sinoviales en el codo son inespecíficos y requieren una evaluación cuidadosa para un diagnóstico adecuado, porque los hallazgos clínicos imitan la epicondilitis (codo de tenista). En el examen, el dolor, en general, se ubica en forma posterolateral, y no a lo largo del epicóndilo lateral o en el origen del tendón extensor. Las plicas pueden causar dolor en el codo lateral, incluso antes del desarrollo de síntomas de bloqueo o recaptura.

Los pliegues sinoviales engrosados se pueden manifestar clínicamente con dolor punzante, como el síntoma principal, o bloqueo durante la flexión y extensión del codo. El diagnóstico de síndrome del pliegue sinovial del codo, o pinzamiento posterolateral, debe considerarse en pacientes con chasquidos dolorosos, particularmente si tienen síntomas en el lado lateral del codo. La reproducción de los síntomas durante la flexión-extensión del antebrazo pronado (prueba de flexión-pronación) debe llevar al examinador a considerar la posibilidad de una plica sinovial patológica en la articulación radiocapitelar.

El síndrome del pliegue sinovial del codo suele ser una afección aislada. Solo hay unos pocos casos publicados del síndrome del pliegue sinovial del codo asociado con otras anomalías, como inestabilidad posterolateral, lesión del ligamento colateral medial, epicondilitis lateral (Figura 4), neuropatía cubital o cuerpos libres intrarticulares (Figura 5).

Dr. RICARDO TRUEBA • ricardotrueba@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0001-7908-817X>

Cómo citar este artículo: Trueba R. Instrucción Ortopédica de Posgrado – Imágenes. Resolución del caso. *Rev Asoc Argent Ortop Traumatol* 2020;85(3):295-298. <http://dx.doi.org/10.15417/issn.1852-7434.2020.85.3.1129>

Diagnóstico por imágenes

Ecografía: La ecografía es una herramienta útil en la evaluación de pacientes con dolor y chasquidos de codo, permite un diagnóstico preciso del síndrome del pliegue sinovial y establece el diagnóstico diferencial con otras afecciones más comunes del codo, como la epicondilitis lateral. Las ventajas de la ecografía son múltiples: la capacidad de realizar estudios comparativos contralaterales, correlación clínica y estudio dinámico. La exploración dinámica en flexión y extensión es un método simple y confiable para evaluar el codo.

Los pliegues sinoviales del codo se pueden evaluar fácilmente mediante ecografía debido a su ubicación superficial en la periferia del compartimento radiohumeral. En la ecografía, el pliegue sinovial normal muestra una forma triangular hiperecoica rodeada por un anillo hipoeicoico delgado. Los pliegues sinoviales patológicos aparecen engrosados en la ecografía, con ecogenicidad y márgenes irregulares. La ecografía Doppler color permite una fácil identificación de la sinovitis focal en algunos casos del síndrome.

Resonancia magnética (RM): Es el estudio por imágenes elegido para evaluar la mayoría de los procesos patológicos del codo, asegura un examen preciso de las plicas patológicas del codo, el cartílago articular y las lesiones asociadas, lo que ayuda a planificar, en forma adecuada, el tratamiento. Sin embargo, la RM es limitada cuando hay una pequeña cantidad de líquido o ausencia de sinovitis focal. La mayoría de los casos de síndrome de codo plica diagnosticados por RM ocurren en pacientes diagnosticados con epicondilitis lateral después del fracaso del tratamiento conservador a largo plazo.

Los pliegues sinoviales normales aparecen como bandas hipointensas rodeadas de líquido sinovial. Se evalúan mejor en secuencias sensibles a los fluidos (secuencias T2). En la RM, una plica patológica se caracteriza por engrosamiento, intensidad de señal anormal y márgenes irregulares. Hay una superposición significativa en el tamaño entre síntomas y pliegues asintomáticos. En la bibliografía, se ha sugerido un valor de corte de 3 mm para pliegues de codo engrosados. Los pliegues sinoviales engrosados (>3 mm) provocan síntomas con más frecuencia.

La RM se puede utilizar para evaluar signos secundarios importantes del síndrome del pliegue sinovial del codo, como la existencia de sinovitis posterolateral focal y condromalacia en la cara anterolateral de la cabeza radial o, con menos frecuencia, en el capitelio. La condromalacia es secundaria a la rotura mecánica crónica de los pliegues sinoviales sobre la superficie.

La RM después de la administración de gadolinio mejora la detección de sinovitis focal. La presencia de sinovitis focal en el codo posterolateral es un signo secundario importante del síndrome del pliegue sinovial del codo, pero puede no estar presente en algunos casos, especialmente en pacientes con síntomas crónicos.

Arthrografía por tomografía computarizada (TC) o artrografía por RM: Algunas plicas sintomáticas pueden perderse en la RM cuando no hay líquido articular. La administración de un medio de contraste intrarticular con artrografía por TC o RM resalta las superficies articulares y dilata la cápsula, proporcionando así una excelente visualización de las plicas. Los cambios morfológicos de las plicas y las lesiones condrales asociadas de la cabeza radial y el capitelio se identifican, con mayor precisión, en la artrografía por TC o RM que en la TC o RM sin medio de contraste intrarticular.

La artrografía por RM del codo también puede ayudar a evaluar desgarros del ligamento colateral debajo de la superficie, lesiones condrales, osteocondritis disecante y cuerpos sueltos intrarticulares en pacientes sin derrame articular. La artrografía por TC es, en general, ligeramente mejor que la artrografía por RM para mostrar anomalías morfológicas del cartílago articular, pero ambas técnicas son útiles para revelar defectos del cartílago articular en el codo. La artrografía por TC puede ser útil cuando la RM está contraindicada.

Diagnóstico diferencial

Los pliegues sinoviales del codo patológico pueden causar dolor en el codo lateral, incluso sin bloqueo o atrapamiento de la articulación durante la fase inicial del síndrome. El diagnóstico diferencial de las causas del dolor en el codo lateral incluye a la epicondilitis lateral (Figura 4). Cuando un paciente refiere un doloroso bloqueo o chasquido del codo, se deben descartar varias entidades. Los cuerpos libres (Figura 5), la inestabilidad, la lesión del ligamento anular y el chasquido (*snapping*) de la cabeza medial del tríceps sobre el epicóndilo son las causas más comunes de este problema.

Tratamiento

En la primera consulta, se solicita suspender todas las actividades deportivas, y se indican fisioterapia y agentes antiinflamatorios no esteroideos. Si el cuadro no mejora, puede evaluarse una solución artroscópica, en la cual se reseca la plica y la fibrosis local, también pueden evaluarse y repararse lesiones condrales.

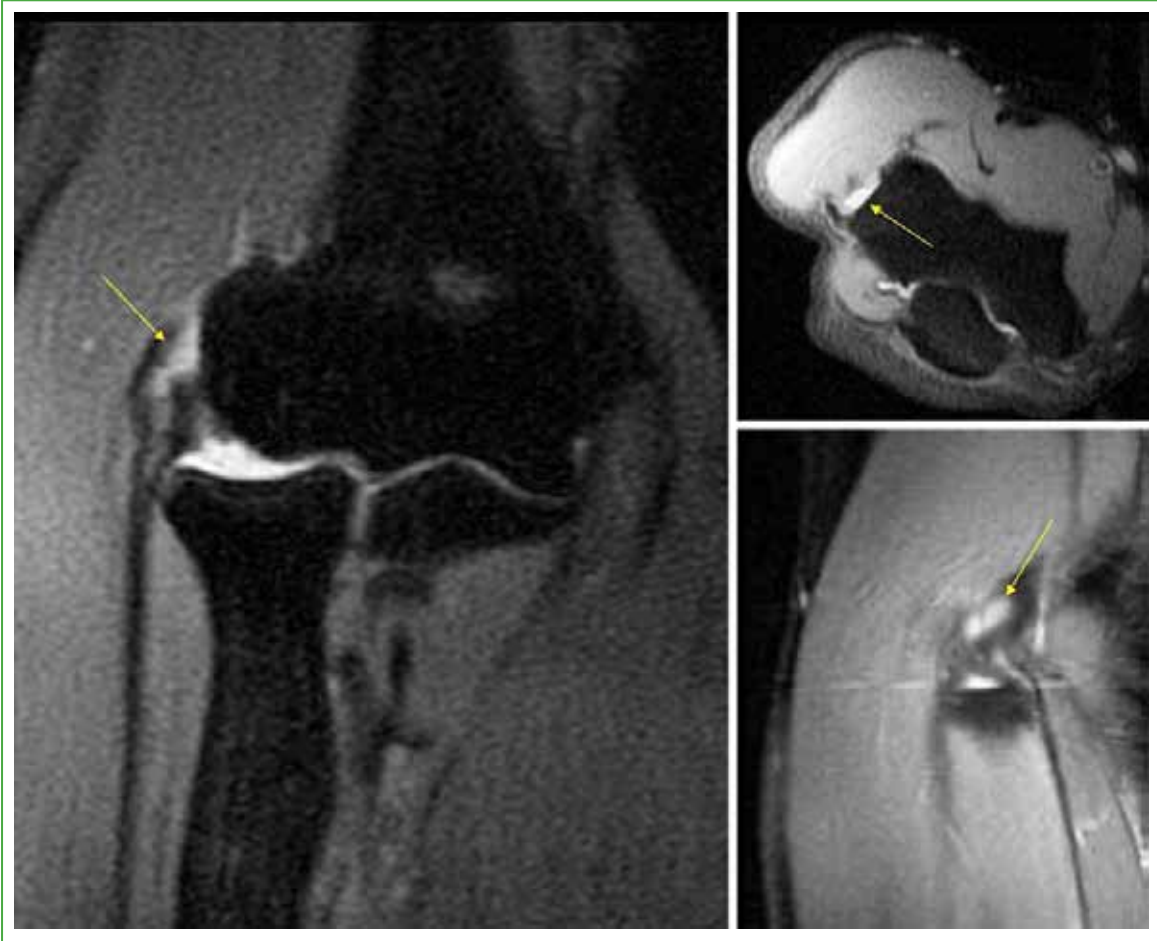


Figura 4. Resonancia magnética en secuencias T2 con supresión grasa. Desgarro parcial del tendón segundo radial en la inserción proximal en relación con un cuadro clínico de epicondilitis lateral.



Figura 5. Tomografía computarizada de haz cónico con cortes en los tres planos. Se identifican una disminución del espacio articular, fenómenos productivos marginales y cuerpos libres intrarticulares.