

ARTRITIS INFECCIOSAS Y DE DEPÓSITO

Dr. Jaume Llauger Rosselló
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

La radiología juega un papel clave en el diagnóstico de la enfermedad articular. El diagnóstico radiológico debe basarse en la radiología convencional y en la RM que, por su capacidad de estudio multiplanar y de caracterización tisular, se ha convertido en técnica de elección.

El escenario clínico en el que nos movemos es aquel en el cual un paciente sufre dolor y/o limitación del funcionalismo de una articulación de entidad suficiente, por duración o intensidad, como para llevarle a solicitar atención médica. La primera dificultad que puede tener el clínico que atiende a un paciente con patología supuestamente articular radica en establecer si efectivamente está ante un problema originariamente articular, o bien si su origen es otro, óseo, músculo-tendinoso o neurológico.

Esta primera consideración previa concierne también al radiólogo. Como norma general para el radiólogo, el diagnóstico de artropatía debe basarse en la existencia de derrame o bien en la ocupación del espacio articular por lesiones de diversa naturaleza, como las que iremos viendo a lo largo de la exposición. Quiere ello decir que tendremos que poner entredicho el diagnóstico genérico de artritis en los casos en los cuales los cambios radiológicos más significativos son óseos o musculotendinosos. Son innumerables los ejemplos de lo que podríamos denominar pseudoartritis. Uno muy representativo es el osteoma osteoide intraarticular.

La segunda consideración previa, e importante, hace referencia a la artritis séptica. La artritis séptica no tiene unos hallazgos radiológicos propios o específicos. O lo que es lo mismo, es un diagnóstico que muchas veces no va a poder ser descartado en base a los hallazgos radiológicos. Y esto quiere decir, dadas las repercusiones que sobre la articulación puede tener el diagnóstico tardío esta enfermedad, que en muchos casos habrá que proponer, o realizar nosotros mismos, la oportuna artrocentesis. Esta actitud debe ser seguida especialmente si existe sospecha clínica o si existe sospecha radiológica, y esta última vamos a tenerla cuando los cambios que podríamos llamar "inflamatorios" son muy evidentes: mucho derrame, mucho edema óseo periarticular, marcada captación de contraste por parte de la sinovial o colecciones periarticulares.

Una tercera consideración previa a tener en cuenta, relacionada con la anterior, tiene que ver con lo que puede denominarse sinovitis inespecífica. Sucede en estos casos que el paciente acude con dolor y sin un diagnóstico preciso, y nos encontramos con una radiología igualmente inespecífica. Vemos derrame, engrosamiento y captación por parte de la sinovial, pero ningún otro dato que apunte en una u otra dirección. Los diagnósticos que se barajan en estos casos son varios (trauma, enfermedad reumática monoarticular, artritis por cristales), y normalmente los enfermos son seguidos o sometidos a una biopsia o sinovectomía por vía artroscópica.

Y antes de entrar en materia debemos también mencionar que, sobretodo en el adulto y en rodillas y caderas, la artropatía degenerativa, con sus cambios radiológicos de sobra conocidos, es sin duda la causa más frecuente de dolor monoarticular, aun siendo como es un proceso típicamente poliarticular.

CONDROMATOSIS SINOVIAL PRIMARIA

La condromatosis o osteocondromatosis sinovial primaria es una artropatía de causa desconocida que se caracteriza por una proliferación y transformación metaplásica de la sinovial que conduce a la aparición de múltiples formaciones nodulares intraarticulares. Tales nódulos son, en unos casos, condrales y en otros, si se osifican, osteocondrales. Se trata de una enfermedad casi siempre articular, aunque pueden darse casos localizados en otros componentes anatómicos que tienen recubrimiento sinovial, como son las bursas o las vainas tendinosas.

La osteocondromatosis sinovial primaria es una enfermedad del adulto joven y afecta en la mitad de casos a la rodilla, donde muy ocasionalmente es bilateral. En realidad, cualquier articulación sinovial puede verse afectada.

La apariencia radiológica de la osteocondromatosis sinovial primaria es variable y dependerá de la evolución natural de esta proliferación sinovial y de si los nódulos condrales resultantes permanecen englobados por la sinovial o de si se desprenden y quedan libres en la cavidad articular, donde pueden o no osificarse.

En lo que podríamos llamar forma clásica, la OCD sinovial se presenta en forma de cuerpos libres osificados intraarticulares, caracterizados por su elevado número y por su semejanza en tamaño.

El diagnóstico diferencial de esta forma de presentación de la osteocondromatosis sinovial primaria debe establecerse con la forma secundaria, que no es más que la formación de cuerpos libres intraarticulares en una articulación con una patología primaria subyacente, que en la mayoría de casos es una artropatía degenerativa. En este último caso los cuerpos libres son escasos, de diferentes tamaños y coexisten con los cambios propios de la artropatía de base, en este caso una gonartrosis.

Una entidad que merece la pena mencionar aquí por presentar alguna semejanza la condromatosis sinovial primaria es la llamada sinovitis con formación de granos de arroz. Se trata de la formación múltiples y pequeños cuerpos de naturaleza fibrosa, semejantes a granos de arroz, en articulaciones o bursas, como en este caso, afectas de cambios inflamatorios crónicos en la sinovial. Es una entidad o un fenómeno infrecuente, que ha sido relacionado con la artritis reumatoide o con la artritis tuberculosa y que tiene una apariencia muy característica en estudio mediante RM. Estos granos de arroz, aparte de su pequeño tamaño, no están calcificados.

Cuando esta proliferación condromatosa sinovial que constituye el sustrato patológico de la condromatosis sinovial primaria no forma nódulos libres que luego se osifican, sino que queda fijada a la superficie articular y va rellenando la articulación, la apariencia radiológica del cuadro es muy diferente. Si el tejido condromatoso no se calcifica, la radiografía simple puede ser normal o mostrar hallazgos más sutiles, como son aumento de partes blandas o erosiones óseas de contornos esclerosos intra- o yuxtaarticulares.

Esta forma de presentación de la condromatosis sinovial primaria puede llegar a plantear el diagnóstico con el derrame sinovial, puesto que este tejido que va ocupando el espacio articular tiene un aspecto homogéneo en todas las secuencias, isoíntenso respecto al músculo en T1 e hiperíntenso respecto a la grasa en T2.

La tercera forma de presentación radiológica de la condromatosis se observa en aquellos casos en los que la proliferación sinovial ocupa el espacio articular y, en mayor o menor medida, se calcifica. En tales casos se observa un acúmulo de calcificaciones de estirpe condral alrededor de una articulación. Ante este hallazgo se plantea el diagnóstico diferencial con la rara forma intraarticular del condrosarcoma, entidad que en ocasiones es el resultado de la degeneración maligna de la propia condromatosis primaria

TENOSINOVITIS VELLONODULAR PIGMENTARIA (TSVP)

La segunda monoartropatía no infecciosa que nos ocupa es la TSVP. Esta enfermedad forma parte de un espectro lesional más amplio que incluye otros procesos proliferativos benignos de la sinovial como son:

- la forma articular clásica en la que está afectada toda la articulación.
- una segunda forma intraarticular, pero en este caso localizada o nodular.
- y la forma extraarticular o tumor de células gigantes de la vaina tendinosa que, a su vez, tiene una forma nodular, típica de las lesiones de los dedos, y una forma difusa o de carácter más infiltrativo.

La TSVP es una artropatía caracterizada por una proliferación sinovial primaria, también de causa desconocida. La TSVP es siempre monoarticular, propia de adultos jóvenes, y afecta en un porcentaje muy significativo de casos a la rodilla. Es una enfermedad crónica que tiene una fase inicial de carácter más inflamatorio, en la que predomina el derrame articular, y una fase crónica en la que la sinovial aparece engrosada, muestra fibrosis y hialinización y adopta la configuración característica que da el nombre a la entidad, en forma de estas prolongaciones de aspecto vellosa y de un característico color pardo u ocre que es debido al depósito de hemosiderina.

La radiología simple puede ser normal o demostrar un engrosamiento inespecífico de las partes blandas. En fases evolucionadas se pueden observar erosiones óseas de contorno escleroso en ambos márgenes articulares.

En la fase inicial o inflamatoria, la TSVP se presenta con derrame y engrosamiento de la sinovial. Este engrosamiento de la sinovial se pone especialmente de manifiesto tras inyectar gadolinio y puede ser regular, algo nodular o puede empezar a insinuar la formación de estas prolongaciones vellosas con implantación en la sinovial.

Cuando la TSVP se convierte en un proceso crónico, la apariencia radiológica es inconfundible. En estos casos el derrame suele ser escaso o puede estar ausente, sobre todo en articulaciones con una cápsula poco distensible. La sinovial está engrosada de manera irregular y, lo que es más característico, contiene

áreas de muy baja señal en todas las secuencias. Esto se debe al efecto de susceptibilidad magnética producido por la hemosiderina, efecto que se potencia o expresa particularmente bien con secuencias de eco de gradiente. La patología destaca en estos casos por la marcada fibrosis y por los acúmulos de hemosiderina entre las células xantomatosas y gigantes multinucleadas que integran la lesión.

NEUROARTROPATIA

La última artropatía que nos va a ocupar es la llamada neuroartropatía, o también llamada artropatía de Charcot. Se define como la lesión articular relacionada con una lesión neurológica central o periférica. Su causa es clara, aunque su patogenia no está del todo explicada (intervienen los microtraumatismos sobre una articulación que, en este caso, tiene un déficit propioceptivo).

Esta entidad fue descrita en la columna y en enfermos con neurosífilis; sin embargo, actualmente las causas más frecuente son las neuropatías periféricas de pacientes alcohólicos o diabéticos, que típicamente afectan a los pies, y las lesiones de la médula cervical, muy especialmente la siringomielia, que afectan típicamente al hombro. Pese a lo que pueda parecer, es, en muchos casos, monoarticular.

La neuroartropatía es una lesión articular progresiva evolución que conduce, dejada a su libre evolución, y a veces de manera muy rápida, a la destrucción articular.

Los cambios radiológicos de la neuroartropatía son en fases iniciales similares a los de la artropatía degenerativa, pero pronto se les añaden otros cambios más propios de la entidad, como son derrame, fracturas, subluxación, hundimiento de las superficies articulares y fragmentación ósea. Ninguno de los hallazgos es específico, pero la combinación de todos ellos conduce fácilmente al diagnóstico. En los pies resulta especialmente difícil el diagnóstico diferencial con la infección osteoarticular. En estos casos, el hallazgo que más favorece esta última posibilidad diagnóstica es la contigüidad entre los cambios óseos y una zona de ulceración cutánea.

La artropatía de la siringomielia afecta entre el 25 y el 30% de los pacientes con siringomielia y típicamente implica a las articulaciones de las extremidades superiores, de manera mono- u oligoarticular, y sobretodo a los hombros. Puede ser la primera manifestación de la enfermedad.

Otras causas de enfermedad monoarticular son: gota monoarticular, artropatía amiloidea, artritis por cristales, metalosis articular, y artropatía rápidamente destructiva de cadera.
