ASOCIACION DE REUMATOLOGIA

Sesión del día 26 de febrero de 1963

BIOPSIA SINOVIAL EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS ARTROPATÍAS

V. Muriach, P. Barceló, J. M. Puigdollers, M. Ripoll

En este trabajo presentamos una casuística de 69 punciones biópsicas, practicadas en enfermos procedentes de los Dispensarios y Salas de la Clínica Médica A del Hospital Clínico y del Centro de Lucha contra las Cardiopatías y el Reumatismo de la Jefatura Provincial de Sanidad de Barcelona.

La técnica y aguja empleada es la descrita por Polley y Bickel en los Ann. Rheutmt. Dis. (septiembre 1951) y utilizada con éxito por otros autores (Gerald P. Rodman, Eduardo J. Yunis, Robert S. Totten, etc.).

Aunque por razones prácticas la articulación que más hemos biopsiado es la de la rodilla son casi todas las articulaciones periféricas las que se pueden puncionar, teniendo en cuenta que la mayoría de las veces el espacio intraarticular queda agrandado por tratarse de articulaciones más o menos fluxionadas y con más o menos derrame; en el caso en que esto no ocurra, es buena técnica inyectar previamente suero fisiológico intraarticularmente y en cantidad variable según la articulación a biopsiar, con lo que se hace más fácil la penetración de la aguja y la presa de la pieza anatómica.

Técnica. — Sólo describimos la técnica de la punción de la rodilla, aunque en general ésta siempre es la misma para las demás articulaciones, variando sólo el punto de abordaje que suele ser el mismo que se usa para practicar inyecciones intraarticulares.

La aguja de Polley y Bickel consta del siguiente material:

a) Aguja fenestrada.
b) Record cortante.
c) Extractor de presión.
d) Extractor de gancho.
d') Dibujo en aumento de la cabeza del extractor de gancho.

El enfermo se coloca en decúbito supino, con extensión de ambas ro-

dillas, siendo el punto de elección para el abordaje, la zona lateral de la rodilla, cara externa, a nivel del borde superior de la rótula y penetrando por la interlínea femoro-rotuliana.

Previa desinfección de la zona, se practica anestesia local infiltrando con novocaína la piel con su tejido celular subcutáneo y la cápsula articular. A continuación se efectúa con el bisturí una incisión cutánea de medio centímetro aproximadamente, lo suficiente para dejar paso a la aguja a través de la piel, poniéndonos entonces en contacto con la cápsula que la atravesamos sin dificultad, haciendo una ligera presión con la aguja y cayendo ya entonces dentro del espacio libre intraarticular.

Al penetrar en la articulación, lo hacemos con la aguja fenestrada y el record cortante dentro de la misma. Aplicamos luego la cara fenestrada de la aguja sobre la membrana sinovial, permaneciendo el record cortante algo retirado, al mismo tiempo se hace una presión desde fuera de la articulación (ver figura) con lo que se facilita la penetración de los tejidos y sobre todo de la membrana sinovial dentro de la fenestración de la aguja.

El record cortante, que como hemos dicho, lo manteníamos algo retirado, se hace penetrar todo lo que se pueda dentro de la aguja fenestrada imprimiéndole un movimiento rotatorio sobre su eje y al mismo tiempo ejerciendo una fuerte presión quedando de esta manera pellizcada y recortada un trozo de la membrana que es extraída mediante el extractor de gancho.

Con sólo cambiar la postura y dirección la fenestración de la aguja, se puede repetir esta operación varias veces sin necesidad de nuevos pinchazos.

Tipos anatomo-patológicos. — Comenzamos la práctica de la biopsia sinovial en un lote de 5 enfermos libres de todo padecimiento ósteoarticular y en otro lote de 5 enfermos en los que se practicó la biopsia postmortem, en el momento de su necropsia, y que también estaban libres de cualquier enfermedad ósea o articular. De esta manera pudimos adquirir experiencia de lo que debe ser una membrana sinovial normal obtenida mediante biopsia, encontrándonos con los tres tipos que normalmente están descritos.

En los casos que clínicamente sufrían evidente trastorno articular, nos encontramos con diversos tipos de alteraciones:

En unos casos lesiones muy manifiestas *proliferativo-inflamatorias* consistentes en aumento del número de vasos y también en algunos casos de la cantidad del colágeno del estroma; Edema, infiltración y variable grado de proliferación de las células de los márgenes de la sinovial.

Contrariamente a este tipo de lesión proliferativo-inflamatoria y correspondiendo a lo que por otros autores se ha denominado *atrofia-esclerótica*, nos hemos encontrado en un caso en el que se aprecia: casi completa desaparición de las células de los márgenes de la sinovial, hialinización

difusa del estroma. Los vasos sin estar aumentados en número, presentaban engrosamiento de sus paredes y no se apreciaban o eran mínimos los cambios inflamatorios.

Dentro de los casos biopsiados nos hemos encontrado también con alteraciones que las podemos designar como *específicas* para los diagnósticos correspondientes y que han consistido en depósitos de ácido úrico rodeados de células gigantes en los casos de gota; nódulos de Allison típicos para la artritis reumatoide; granulomas o folículos de Köster; alteraciones congestivas y telangiectásicas en un caso de artropatía neurotrófica aguda, etcétera.

Teniendo en cuenta nuestras observaciones hemos realizado una clasificación de las lesiones anatomopatológicas encontradas tal como sigue:

I. Normal.

II. Sinovitis inespecífica:
Edema, aumento en el número de vasos, infiltración de células polimorfonucleares o linfocitarias, aumento en grado variable de las células de los márgenes de la sinovial.

III. Alteraciones semejantes a las de la artritis reumatoide:
Aquí los infiltrados tienden a presentarse en forma de acúmulos y nódulos, estando formados por células linfocitarias y en algunos casos también por algunas células plasmáticas. Existe variable grado de proliferación vascular y edema.

IV. Alteraciones típicas de la artritis reumatoide:
Reconocibles por los infiltrados en forma de acúmulos de células linfocitarias y plasmáticas, constituyendo los típicos módulos de Acison, unas veces aislados, otras perivasculares y otras más o menos difusos.
Edema, presencia de material fibrinoide y aumento en el número de vasos que muchas veces se presentan con engrosamiento de sus paredes.

V. Lesiones específicas bajo el punto de vista diagnóstico:
Presencia de cristales de ácido úrico.
Granuloma de Köster.
Alteraciones puramente vasculares: telangiectasias y congestión vascular.

MATERIAL Y MÉTODO. — Hemos agrupado los enfermos con arreglo al criterio clínico corroborado por las pruebas de laboratorio y diagnóstico radiográfico. Al efectuar el estudio histopatológico del fragmento biopsia-

do, los datos morfológicos han podido clasificarse de la siguiente manera y con arreglo a los tipos anatomo-patológicos descritos antes:

I. Sinoviales normales en las primeras biopsias practicadas en enfermos libres de afección ósteo-articular: número de casos, 10.

II. Artritis reumatoide: número de casos, 10.
Resultados:

sinovial normal	0
sinovitis inespecífica	3
alteraciones semejantes a la artr. reum.	2
alteraciones típicas de art. reum.	5

III. Espondiloartritis anquilopoyética: número de casos, 5.
Resultados:

sinovial normal	1
sinovial inespecífica	2
alteraciones semejantes a la artr. reum.	0
alteraciones típicas de artr. reum.	2

IV. Gota: número de casos, 7.
Resultados:

sinovial normal	0
sinovitis inespecífica	5
alteraciones semejantes a la artr. reum.	0
alteraciones típicas de artr. reum.	0
Hallazgo cristales ác. úrico y elementos típicos	2

V. Osteocondritis disecante: número de casos, 1.
Resultados:

sinovial normal	1

VI. Gonartria: número de casos, 26.
Resultados:

sinovial normal	0
sinovitis inespecífica	25
alteraciones semejantes a la artr. reum.	0
alteraciones típicas de artr. reum.	1

VII. Artropatía neurotrófica: número de casos, 2.
Resultados:

sinovial normal	1
sinovitis inespecífica	0
alteraciones semejantes a la artr. reum.	0

alteraciones típicas de artr. reum. 0
hallazgo de telangiectasias sinoviales
gran congestión y vasodilatación 1

VIII. Sinovitis tuberculosa: número de casos, 4.
Resultados:
hallazgo del granuloma de Köster 4

IX. Sinovioma maligno: número de casos, 1.
Resultados:
el fragmento extraído no fue suficiente para el diagnóstico, precisándose biopsia quirúrgica .

X. Enfermos sin diagnóstico clínico: número de casos, 3.
Resultados:
sinovitis inespecífica 1
alteraciones semejantes a la artr. reum. . . . 1
atrofia esclerótica, tal como se describe al principio del trabajo 1

CONCLUSIONES. — De esta pequeña experiencia, adquirida tras practicar 69 biopsias podemos deducir:

I) La técnica es simple, poco molesta, factible en cualquier medio correctamente equipado.

II) Carece de complicaciones y por consiguiente puede efectuarse en todos los casos siempre y cuando existan unas pruebas de coagulación normales.

III) La posibilidad de extraer varios fragmentos de distintas zonas con una sola punción, aumenta el porcentaje de exactitud.

IV) Permite un dictamen positivo de gran valor diagnóstico en un tanto por ciento muy elevado de casos, cuando la reacción sinovial es típica de la enfermedad.

En los demás casos, en que el tejido cápsulo-sinovial reacciona de forma inespecífica la biopsia articular se limita a constatar dicha alteración.

Debe notarse en este sentido que las formas anatómicas que proporciona la sinovial enferma son con frecuencia poco expresivas pues se trata de un tejido mesenquimatoso pruripotencial, pero monótono en su expresión morfológica.

V) Nuestro programa de investigación reumatológica está orientado hacia el estudio detenido con técnicas histológicas especiales de este gran grupo de sinovitis inespecíficas para intentar dilucidar en cada entidad nosológica (popiartritis, artrosis, etc.) los rasgos morfológicos específicos

que puedan orientar los distintos problemas patogénicos, diagnósticos y terapéuticos.

Esta nota informativa sólo pretende dar a conocer una nueva técnica y las considerables posibilidades de la misma.

Clínica Médica A. Facultad de Medicina de Barcelona (Prof. A. Pedro Pons). *Dispensario de Reumatología* (Jefe: Dr. P. Barceló). *Barcelona. Centro de Lucha contra el Reumatismo* (Director Dr. P. Barceló).

SINOVITIS VELLOSA INESPECÍFICA DE LA CADERA

J. Heredia Tovías, R. de Dalmases-Gosé

Las enfermedades que con mayor frecuencia vemos en la práctica diaria afectando una sola articulación coxofemoral suelen ser: la artrosis, las lesiones traumáticas, las malformaciones congénitas, la coxalgia y las infecciones agudas o subagudas.

Hemos asistido a una enferma que padeciendo una artropatía coxofemoral unilateral de larga evolución, su diagnóstico por la clínica, la radiología y el laboratorio, no llegó a precisarse hasta que la intervención quirúrgica exploratoria y las pruebas histopatológicas consecutivas, nos revelaron el diagnóstico de *sinovitis hipertrófica vellosa inespecífica*, enfermedad poco común en general y excepcional en esta localización, ya que en la bibliografía nacional consultada no hemos hallado ningún caso descrito con afectación de la cadera y en la anglosajona, en una recopilación de Smith y Pugh de 202 casos de sinovitis vellosa pigmentada, solamente citan 12 en esta localización.

La exposición del caso posee interés desde el punto de vista del diagnóstico diferencial y es demostrativa del valor que tiene la artrotomía y la obtención de muestras para su examen como elementos decisivos, en ocasiones similares de artropatías equívocas, antes de tomar determinaciones terapéuticas que pueden resultar inoperantes sino perjudiciales.

Se trata de una hembra de 18 años, soltera, de profesión empleada. Los padres viven sanos, han sido 5 hermanos: 3 muertos en la infancia ignorando la causa, 1 vive epiléptico y otro asmático. Normalidad en los desarrollos y fisiologismos, excepto dismenorrea y leucorrea persistente. Amigdalectomía; apendicectomía. De pequeña ataques muy espaciados de tipo epiléptico y muy alterable de carácter, a temporadas, con crisis de nerviosismo.