

Sutura meniscal: indicaciones, técnicas y resultados en el medio laboral

M. Pérez-España Muniesa¹, B. Merry del Val de la Campa²,
J.D. Ayala Mejías²

¹ Unidad de Artroscopia. Hospital Infanta Leonor. Madrid

² Hospital Monográfico de Cirugía Ortopédica y Traumatología Asepeyo Coslada (Madrid)

Correspondencia:

Dr. Juan D. Ayala Mejías

c/ Joaquín de Cárdenas, 2. 28820 Coslada (Madrid)

Correo electrónico: jayalamejias@asepeyo.es

El menisco juega un papel fundamental en la función de la rodilla, por lo que su reparación, en caso de estar indicada, debe ser la principal opción de tratamiento. Hay diversas técnicas disponibles para llevar a cabo las reparaciones. El auge de las técnicas "todo dentro", en gran parte debido a su facilidad de manejo, está incrementando el número de suturas meniscales.

En nuestro estudio hemos analizado 67 reparaciones en los últimos 5 años, con un seguimiento mínimo de 1 año. Los resultados clínicos obtenidos son satisfactorios, con pocas complicaciones. Por lo tanto, la recomendación actual debe ser la reparación meniscal.

Palabras clave: Meniscos. Sutura meniscal. Reparación meniscal.

INTRODUCCIÓN

Una de las primeras funciones que se les atribuyeron a los meniscos fue la transmisión de cargas⁽¹⁾. Estudios *in vitro* han demostrado que el 70% de la carga en el compartimento lateral y el 50% de la del compartimento medial se transmiten a través de los meniscos. La resección de tan sólo un tercio del mismo incrementa el contacto y la transmisión de la carga en un 350%; por otra parte, una rodilla sana posee un 20% más de capacidad de asumir cargas en comparación con una rodilla a la que se le ha practicado una meniscectomía parcial⁽²⁾.

La superficie de contacto fémoro-tibial es de 1.150 mm² con los meniscos y de 520 mm² sin éstos⁽³⁾. Estudios experimentales sugieren que

Meniscal suture: indications, surgical techniques and results in compensation workers

The menisci play a fundamental role in the function of the knee, so that their repair, when indicated, should be the main therapeutic option. A number of techniques are available for meniscal repair. The growing use of the "all inside" techniques, largely due to their easy use, is leading to an increase in the number of meniscal sutures. We have analyzed 67 meniscal repairs performed over the last 5 years, with a minimum follow-up of 1 year. The clinical results achieved are satisfactory, with few complications. Therefore, the current recommendation must be that of meniscal repair.

Key words: Menisci. Meniscal suture. Meniscal repair.

la pérdida de un menisco conlleva, al menos, un 20% de reducción de la función de absorber cargas⁽⁴⁾.

Fairbank⁽⁵⁾ fue el primero en documentar los cambios radiográficos que siguen a una meniscectomía, es decir, la artrosis precoz con adelgazamiento de la superficie articular femoral y el estrechamiento del espacio articular.

Una vez demostrado el papel fundamental que juega el menisco, surge la incógnita de cómo se debe manejar una rotura meniscal. Sólo una pequeña proporción de todas las roturas meniscales cumplen criterios de reparabilidad. Las indicaciones para realizar suturas meniscales han ido evolucionando con el tiempo; sin embargo, DeHaven⁽⁶⁾ estableció las situaciones más favorables: lesiones meniscales tra-

Artrodesis subastragalina artroscópica por vía posterior

A. Levy Benguigui, Á. Santos Perón, M. San Miguel Campos, E. Iglesias Durán

Unidad de Pie y Tobillo. Hospital Monográfico de Cirugía Ortopédica y Traumatología Asepeyo Coslada (Madrid)

Correspondencia:

Alicia Levy Benguigui.

c/ Atenas, n.º 6, portal B, 1.º A. 28030 Madrid

Correo electrónico: alilevyb@hotmail.com // alevybenguigui@asepeyo.es

Objetivos: Analizar la técnica quirúrgica, estancia media, morbilidad y resultados en una serie de casos de artrodesis subastragalinas realizadas a través de la vía artroscópica posterior descrita por Van Dijk siguiendo el método utilizado por Pérez Carro.

Material y método: Presentamos un estudio descriptivo, retrospectivo y observacional de 11 pacientes con artrodesis subastragalina por vía posterior realizadas de febrero de 2007 a marzo de 2008, con un seguimiento medio de 6 meses.

Resultados: Todos los pacientes eran de sexo masculino, con una edad media de 43 años y secundarios a artrosis postraumática. Encontramos una estancia media de 2 días, buen control del dolor postoperatorio, ausencia de complicaciones y de afectación de las partes blandas y consolidación en 10 de los 11 pacientes.

Discusión: El acceso lateral artroscópico de la articulación a través del seno del tarso permite la visión anterior y lateral de la subastragalina sin controlar de manera precisa la porción posterior y el lado medial de la misma.

Conclusiones: La vía posterior permite una mejor y mayor visualización de la subastragalina posterior, un control más preciso de la superficie ósea y cartilaginosa a resear, así como la posibilidad de visualizar la articulación tibioastragalina sin modificar los portales artroscópicos o modificar la posición del paciente.

Palabras clave: Artrodesis subastragalina. Artroscopia subastragalina. Portales posteriores. Articulación subastragalina. Artroscopia subastragalina posterior.

Posterior arthroscopic subtalar arthrodesis

Objectives: To analyze the surgical technique, the mean duration of admission, the morbidity and the results in a series of cases of subtalar arthrodesis performed via the posterior arthroscopic approach described by Van Dijk using the method of Pérez Carro.

Material and methods: We present a descriptive, retrospective and observational study of 11 patients with posterior subtalar arthrodeses performed between February 2007 and March 2008, with a mean follow-up of 6 months.

Results: All the patients were male, with a mean age of 43 years and with surgical indication secondary to post-traumatic osteoarthritis. The mean duration of admission was 2 days, there was good control of postoperative pain, there were no complications or soft tissue involvement, and consolidation was seen in 10 of the 11 cases.

Discussion: The lateral arthroscopic access through the tarsal sinus provides an anterior and lateral view of the subtalar joint, without providing precise control of its posterior and medial aspects.

Conclusions: The posterior approach affords a better and more extensive visualization of the posterior subtalar joint, a more precise control of the osseous and cartilaginous surfaces to be resected, and the possibility of visualizing the tibio-talar joint without changing the access portals or the position of the patient.

Key words. Subtalar arthrodesis. Subtalar arthroscopy. Posterior access portals. Subtalar joint. Posterior subtalar arthroscopy.

La clasificación MIQ: buscando el consenso para clasificar el hombro inestable

Á. Calvo Díaz¹, G. Arce², E. Calvo Crespo³, F. Soler Romagosa⁴,
P. Golanó Álvarez⁵, Á. Martínez Martín¹, A. Herrera Rodríguez¹

¹ Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ² Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento. Buenos Aires (Argentina). ³ Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ⁴ Mutua Egarsat. Terrassa (Barcelona). ⁵ Departamento de Ciencias Morfológicas. Universidad de Barcelona

Correspondencia:

Ángel Calvo Díaz

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario Miguel Servet.
Paseo de Isabel la Católica, 1-3. 50009 Zaragoza

Correo electrónico: angelcalvo@aeartroscopia.com

Tras 25 años de desarrollo de las técnicas artroscópicas en la inestabilidad del hombro, siguen estando vigentes los problemas y cuestiones derivadas de la lucha contra el fracaso de esta intervención. Además de los desarrollos técnicos, resulta fundamental la identificación de los factores que influyen en el pronóstico. Para ello es imprescindible la catalogación de los pacientes dentro de determinados perfiles, es decir, la clasificación de los casos.

Las clasificaciones existentes hasta el momento sólo se ocupan de aspectos parciales de la enfermedad. Con ello, podemos conocer si una determinada situación se relaciona con una mayor tasa de fracaso, pero es difícil determinar todos los factores que pueden estar involucrados de forma satisfactoria.

El objetivo de esta nueva clasificación es poder aglutinar todos los factores implicados en el pronóstico de la macroinestabilidad del hombro de una forma sencilla y práctica, introduciendo un nuevo concepto: el de "calidad de los tejidos".

Si podemos clasificar de esta forma los casos, también podremos evaluar las técnicas empleadas en cada tipo de situación y, por tanto, recomendar la técnica que pueda proporcionar los mejores resultados para cada grupo de pacientes.

Palabras clave: Inestabilidad. Hombro. Luxación. Clasificación. Artroscopia.

The MIQ classification: looking for consensus for the classification of the unstable shoulder

After 25 years' development of the arthroscopic techniques for shoulder instability, the problems and questions arising from the fight against failure of this intervention still remain. Further to the technical developments, the identification of factors influencing prognosis is fundamental. To this purpose, an indispensable requisite is the assignment of the patients to given profiles, that is, the classification of the cases. The classifications available to date address only partial aspects of the condition. We can thus ascertain whether a given situation correlates with a higher failure rate, but it is difficult to satisfactorily determine all the factors possibly involved. The aim of the present classification is to conjoin all the factors involved in the prognosis of the condition in a simple and practical way, introducing a new concept: that of "tissue quality". If the cases can be classified in this way, we will also be able to assess the techniques used in each situation and, thus, to recommend the one technique that may yield the best results for each group of patients.

Key words. Instability. Shoulder. Dislocation. Classification. Arthroscopy.

Reconstrucción por artroscopia del subescapular: ¿por qué no en decúbito lateral?

R. Cuéllar Gutiérrez, I. Aguinaga Badiola, G. Busto Avis,
A. Baguer Antonio, A. Cuéllar Ayestarán

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián

Correspondencia:

Dr. R. Cuéllar Gutiérrez
Servicio de COT. Edificio Guipúzcoa. Hospital Donostia
Po. del Dr. Beguiristain, s/n. 20014 San Sebastián
Correo electrónico: ricuellar@telefonica.net

Los estudios de imagen por RMN y la consolidación de las técnicas quirúrgicas de artroscopia de hombro han contribuido a destacar la importancia de la reconstrucción de las lesiones del subescapular. Dichas lesiones producen una alteración del equilibrio de los pares de fuerzas que actúan sobre el hombro que se traduce en una tendencia a la migración superior de la cabeza del húmero. La mayoría de los autores que han descrito el procedimiento quirúrgico de la reparación por técnicas de artroscopia trabajan en la conocida posición de "silla de playa". En el presente trabajo se desarrolla la técnica de reparación en la posición de decúbito lateral. Se presentan los resultados de 54 pacientes intervenidos de esta forma en los últimos 5 años.

Palabras clave: Hombro. Lesiones del manguito rotador. Lesiones del subescapular. Reparación por artroscopia. Posición de decúbito lateral.

INTRODUCCIÓN

La lesión del subescapular produce una alteración del equilibrio de los pares de fuerzas que actúan sobre el hombro estabilizándolo en el plano transversal. Ello se traduce en una tendencia a la migración superior de la cabeza del húmero durante el movimiento, más importante cuanto mayor sea la lesión. La reparación del subescapular es, por tanto, esencial para restablecer este balance. La lesión se puede producir⁽¹⁻³⁾: 1) como resultado de caídas con el brazo extendido y rotado hacia afuera o por fuerzas que actúen en hiperextensión; 2) en asociación

Arthroscopic *M. subscapularis* repair: lateral decubitus, why not?

The magnetic resonance imaging studies and the consolidation of the shoulder arthroscopic surgery techniques have contributed to highlighting the importance of *M. subscapularis* lesions reconstruction. Such lesions cause a derangement of the balance of the force pairs acting on the shoulder, which in turn gives rise to a tendency to cephalad migration of the humeral head. Most of the authors who have described the surgical repair procedure through arthroscopic techniques work with the patient in the well-known "beach seat" position. We here describe the repair technique in lateral decubitus and report the results in 54 patients so operated over the last 5 years.

Key words. Shoulder. Rotator cuff lesions. *M. subscapularis* lesions. Arthroscopic repair. Lateral decubitus position.

a luxación anterior del hombro, y 3) por rotura degenerativa en cuadros de estenosis del espacio coraco-humeral⁽²⁻⁴⁾.

A la progresión en el diagnóstico y tratamiento de estas lesiones han contribuido la descripción de nuevas pruebas diagnósticas, los estudios de imagen por resonancia magnética nuclear (RMN) y la consolidación de las técnicas quirúrgicas de artroscopia de hombro. Hasta fechas muy recientes, no se ha producido una verdadera descripción y clasificación de estas lesiones, de su frecuente asociación con las lesiones de la corredera del bíceps y de su tratamiento por técnicas de artroscopia⁽⁴⁻⁶⁾.

Actualización sobre las lesiones anteriores y posteriores del labrum superior. Parte I: Clasificación y diagnóstico

X. Duralde¹, J. Hernández Enríquez², A. Pérez Caballer²

¹ Peachtree Orthopaedic Clinic. Piedmont Hospital. Atlanta, Georgia (EE UU).

Emory University. Atlanta, Georgia (EE UU)

² Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Infanta Elena. Valdemoro (Madrid)

Correspondencia:

Antonio Pérez Caballer

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Infanta Elena.

Avda. Reyes Católicos, 21. 28340 Valdemoro (Madrid)

Correo electrónico: aperezcaballer@aeartroscopia.com

La evaluación de un paciente con un desgarro en el labrum superior sigue siendo un desafío por múltiples razones. Los desgarros del labrum superior se ven con frecuencia asociados a otras patologías del hombro cuyos signos y síntomas enmascaran la imagen clínica, haciendo el diagnóstico más difícil. La anatomía del labrum glenoideo es variable tanto en el aspecto de la inserción del labrum como en la anatomía de las inserciones ligamentarias en el labrum. El sistema de clasificación ha ido expandiéndose desde los 4 tipos originales hasta los 12 tipos separados actuales. El diagnóstico correcto de una patología del rodete requiere una evaluación concienzuda a través de la historia clínica, la exploración física y los hallazgos en la RMN compatibles con el diagnóstico de SLAP.

Palabras clave: Labrum. SLAP. Hombro. Desgarro del labrum. Inserción del labrum.

INTRODUCCIÓN

Desde la primera descripción de la patología del labrum superior en 1985⁽¹⁾, se han llevado a cabo una gran cantidad de investigaciones tanto clínicas como biomecánicas para definir mejor la etiología, la clasificación y la fisiopatología de los desgarros del rodete superior del hombro. Pese a estos esfuerzos, la evaluación y el tratamiento de un paciente con un desgarro en el labrum superior sigue siendo un desafío por

Update on superior labral anterior and posterior lesions. Part I: Classification and diagnosis

The evaluation of a patient with a superior labral tear remains a challenge for multiple reasons. Superior labral tears are often seen in association with other pathology in the shoulder whose signs and symptoms cloud the clinical picture, making the diagnosis even more difficult. The anatomy of the glenoid labrum is variable both in the appearance of the labral attachment to the glenoid as well as the anatomy of ligamentous insertions into the labrum. The classification system for superior labral tears has expanded from the original 4 types to now 12 separate types. The correct diagnosis for labral pathology requires a thorough evaluation by history, physical examination, and MRI finding pointing toward SLAP diagnosis.

Key words: Labrum. SLAP. Shoulder. Labral tear. Labral attachment.

múltiples razones. Las variaciones significativas en la anatomía normal del labrum conllevan con frecuencia dificultades a la hora de diferenciar las estructuras patológicas de las no patológicas. Aunque muchas pruebas de exploración física sugieren la presencia de una patología del labrum superior, ninguna de ellas es definitiva. Además, los desgarros del labrum superior se ven con frecuencia asociados a otras patologías del hombro cuyos signos y síntomas enmascaran la imagen clínica, haciendo el diagnóstico

Localización de los anclajes de las plastias tras la reconstrucción del ligamento cruzado anterior mediante resonancia magnética

I. Mediavilla^{1,2}, J.C. Arenaza^{1,2}, T. Larrea¹, F. Renovales³

¹ Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital de Basurto. Bilbao. ² Universidad del País Vasco. Bilbao. ³ Servicio de Radiología. Hospital de Basurto. Bilbao

Correspondencia:

Iñaki Mediavilla

Avda. de Montevideo, n.º 18. 48013 Bilbao

Correo electrónico: batanegra@ole.com

Objetivo: Se ha utilizado la RMN para medir las distancias entre las inserciones del LCA y el LCP, tanto en el fémur como en la tibia. Se ha determinado la capacidad diagnóstica de estas mediciones.

Materiales y métodos: Se ha realizado una valoración clínica, artrométrica y de RMN a 49 pacientes sometidos a reconstrucción del LCA. Asimismo, se han medido las distancias entre la inserción del LCA y la del LCP, tanto en el fémur como en la tibia, en los 49 pacientes intervenidos y en 32 sujetos sanos control. Se han comparado las distancias medidas entre 3 subgrupos: el de las plastias íntegras (n = 26), el de los casos de plastia fracasada (n = 13) y el de los sujetos sanos control (n = 32). Se han hallado las propiedades diagnósticas de dichas mediciones mediante la curva ROC.

Resultados: En el grupo con la plastia rota, la distancia entre las inserciones femorales fue menor ($p < 0,001$), y en la tibia fue mayor ($p < 0,001$), que en el grupo con la plastia íntegra.

El cociente de las distancias entre las inserciones de cada hueso tiene una elevada capacidad diagnóstica (sensibilidad: 92,3%; especificidad: 96,8%) para el diagnóstico de una plastia rota.

Conclusiones: La RMN proporciona información objetiva útil para la localización de los túneles tras la cirugía reconstructiva del LCA.

Palabras clave: Ligamento cruzado anterior. Cirugía de revisión. Localización de túneles.

Magnetic resonance imaging for locating graft placement after anterior cruciate ligament reconstruction

Objective: Magnetic resonance imaging (MRI) has been used for measuring the distance between the insertions of the anterior and posterior cruciate ligaments (ACL and PCL, respectively) both on the femur and on the tibia. The diagnostic yield of these measurements is assessed.

Material and methods: Clinical, arthrometric and MRI assessments were carried out on 49 patients undergoing ACL reconstruction. Also, the distances between the femoral and tibial insertions of both the ACL and the PCL were measured in the 49 operated patients and in 32 healthy control subjects. The measured distances were compared between 3 subgroups: successful plasties (n = 26), failed plasties (n = 13) and healthy controls (n = 32). The diagnostic properties of these measurements were assessed by means of ROC curves.

Results: In the group with failed (broken) plasties, the distance between the insertions was smaller in the femur ($p < 0.001$), and greater in the tibia ($p < 0.001$), than in the successful plasty group. The ratio of the distance between insertions on each bone has a high diagnostic capacity (sensitivity: 92.3%; specificity: 96.8%) for the diagnosis of a broken plasty.

Conclusions: MRI provides useful objective information for the location of the tunnels after reconstructive ACL surgery.

Key words: Anterior cruciate ligament (ACL). Review surgery. Tunnel location.

Quiste subcoracoideo. A propósito de un caso

A. Fernández Bretón, J. Truchuelo Lago

Departamento de Traumatología. Ibermutuamur. Madrid

Correspondencia:

Arturo Fernández Bretón
Ibermutuamur
c/ Ramírez de Arellano, 27.
28043 Madrid

Correo electrónico: arturofernandez@ibermutuamur.es

El dolor en la cara anterior del hombro es de etiología variada. Los quistes coracoideo y subcoracoideo no son una patología frecuente. La resección por cirugía artroscópica es el tratamiento de elección. Se presenta un caso de quiste coracoideo extenso, resuelto mediante coracoplastia por artroscopia.

Palabras clave: *Conflicto coracoideo. Quiste coracoideo. Coracoplastia.*

INTRODUCCIÓN

El quiste subcoracoideo es una entidad poco diagnosticada. Está unido a la patología por "pellizco" coracoideo y causante de dolor de hombro.

Este proceso es reconocido por diversos autores como "síndrome de *impingement* coracoideo unido a una lesión ocupante"⁽¹⁻⁵⁾.

En este artículo, los autores presentan un caso que, por el gran tamaño del quiste, resulta infrecuente, en el contexto de la patología coraco-humeral, ya de por sí poco habitual.

Las escasas referencias bibliográficas que tratan sobre el quiste coracoideo indican una cirugía abierta hasta el año 2001⁽²⁾. Existe una dificultad técnica y de orientación en el acceso al proceso coracoideo⁽³⁾.

Burkhart⁽⁴⁾ describe un abordaje artroscópico a través del intervalo de los rotadores, menos agresivo y mejor orientado en el plano del tendón subescapular.

La patología se pudo resolver por cirugía artroscópica, evacuando el líquido ocupante y realizando una coracoplastia por abrasión.

Se trata de una paciente de 53 años con dolor de hombro derecho de larga evolución, cuya

Subcoracoid cyst: a clinical case

Anterior shoulder pain has a multiple etiology. Choracoid and subchoracoid cyst is not a frequent cause. Arthroscopic resection is the method of choice. We report a case of a large choracoid cyst resolved by arthroscopic choracoplasty.

Key words: *Choracoid impingement. Choracoid cyst. Choracoplasty.*

actividad laboral precisaba mantener los brazos elevados.

La zona más crítica del dolor se encontraba en la cara anteroexterna del hombro; en la exploración, todas las maniobras de provocación subacromial y subcoracoidea resultaban positivas. Se realizó un diagnóstico diferencial con tendinitis de porción larga del bíceps, lesión del labrum (SLAP) y tendinosis del subescapular y del supraespinoso.

Para la exploración del tendón subescapular se usa la maniobra de despegue posterior (*lift-off test*) y la maniobra de presión abdominal (test de Napoleón)⁽⁵⁾, consistente en presionar con la mano su estómago con el carpo extendido. La radiología convencional no aportó información.

En las imágenes de resonancia magnética nuclear (RMN) (**Figuras 1 y 2**) se aprecia el quiste subcoracoideo, voluminoso y con expansión hacia la zona más medial y axilar.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Se realizó una artroscopia, con anestesia general y en decúbito lateral izquierdo. El procedimiento es el siguiente:

Condromatosis sinovial de tobillo tratada por artroscopia

R. Lax Pérez, I. García Costa

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital General de Castellón

Correspondencia:

Dra. Raquel Lax Pérez
c/ Camilo José Cela, 11, 30160 Monteagudo (Murcia)
Correo electrónico: laxpe@yahoo.es
Dr. García Costa
c/ Polo Bernabé, 31, bajo. 12540 Vila Real (Castellón)
Correo electrónico: isgacos@yahoo.es

Objetivo: Descripción de una localización poco habitual de una condromatosis sinovial, en el tobillo, como causa de dolor crónico en la articulación tibioastragalina anterior, sin traumatismo asociado. Se trató mediante la extracción de los componentes de la condromatosis mediante una artroscopia de tobillo, quedando el paciente asintomático.

Caso clínico: Paciente de 53 años que refiere dolor de tobillo derecho de larga evolución, sin traumatismo previo. Presenta un dolor de tipo mecánico e intermitente de tobillo, con un balance articular normal, doloroso en los últimos grados de la flexión dorsal. En el estudio radiológico se observan calcificaciones heterotópicas intraarticulares. El estudio se completó con la realización de una TAC y una RMN que sugirieron el diagnóstico de condromatosis sinovial.

Se realizó una artroscopia del tobillo, extrayendo 20 cuerpos esféricos agrupados en la cara anterior de la mortaja tibioastragalina. Se realizó una sinovectomía parcial. El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de condromatosis sinovial.

Tras la cirugía, el paciente inicia movilidad activa y carga progresiva. Al año de evolución el paciente no refiere dolor, con un balance articular completo.

Conclusiones: La condromatosis sinovial en la articulación del tobillo es una localización rara. Mediante una cirugía mínimamente invasiva, como la artroscopia de tobillo, podemos conseguir que el paciente quede asintomático.

Palabras clave: Dolor crónico de tobillo. Condromatosis sinovial. Condroma sinovial. Osteocondromatosis. Condrometaplasia sinovial. Artroscopia de tobillo.

Synovial chondromatosis of the ankle treated by arthroscopy

Objective: Description of an unusual location of synovial chondromatosis, the ankle, as a cause of chronic pain in the anterior tibial-talus joint, without prior trauma. The components of the chondromatosis were removed by means of ankle arthroscopy, achieving an asymptomatic state in the patient.

Clinical case: We describe a 53-year old patient referring pain of long duration in his right ankle, with no prior trauma. The patient presented intermittent mechanical type pain. The range of movement was normal yet painful in the extreme degrees of dorsi-flexion. In plain radiographs, intra-articular heterotopic calcifications were observed. The study was completed with a CT and MR images, which suggested the diagnosis of synovial chondromatosis.

By means of ankle arthroscopy, 20 spherical bodies grouped in the anterior facet of the tibial-talus mortice were removed, and a partial synovectomy was performed. The histological exam confirmed the diagnosis of synovial chondromatosis.

After surgery, the patient began active movements and progressive weight bearing. At one year follow-up, the patient referred no pain, achieving full range of movement.

Conclusions: Synovial chondromatosis in the ankle joint is rare. By means of minimally invasive surgery, such as ankle arthroscopy, an asymptomatic state of the patients can be achieved.

Key words: Chronic ankle pain. Synovial chondromatosis. Synovial chondroma. Osteochondromatosis. Synovial chondrometaplasia. Ankle arthroscopy.