

CIUDAD SANITARIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL LA FE. VALENCIA

Quiste sinovial de la cadera

Presentación de un caso

J. PARDO MONTANER,¹ L. V. TAMARIT² y A. PEIRO GONZALEZ³

RESUMEN

A propósito de un caso de ganglión de cadera derecha hemos revisado la literatura. Se trata de una tumoración de partes blandas muy rara. En nuestro caso no iba asociado a coxopatía. Se trata de un tumor inguinal y hay que hacer diagnóstico diferencial con una hernia o aneurisma de la femoral.

Descriptores: Ganglión de la articulación de la cadera. Sintomatología. Tratamiento.

SUMMARY

One case of a ganglión of the hip joint is reported. The problems of diagnosis are discussed. Therapy consist of resection of the cystic tumor, and careful closure of the hip joint capsula will prevent recurrence.

Key words: Ganglión of the hip joint. Symptomatology. Therapy.

El quiste sinovial de la cadera es una afección poco común comparada con el tan conocido quiste de Baker de la rodilla. La literatura mundial aporta unos 60 casos. Se trata de un problema diagnóstico ante un tumor inguinal.

Presentamos un caso que ha sido estudiado clínica y anatomopatológicamente por el interés que supone una afectación tan rara.

Observación: Enfermo de 51 años de profesión labrador, que acude a nuestra consulta remitido por el Servicio de Cirugía a donde había acudido por una tumoración con el diagnóstico de hernia inguinal. Había sido descartada la hernia e igualmente un probable aneurisma.

Anamnesis: Tumoración dolorosa a nivel de la zona inguinal derecha de dos años de evolución, durante este tiempo apenas ha aumentado de tamaño. Tiene sensación de enganche en la ingle a los movimientos de flexión. No existe alteración del estado general.

Clínica: Tumoración de consistencia semi-blanda, tamaño 5 por 5 cm. No adherida a piel, pero sí a planos profundos. No es dolorosa a la palpación. No es pulsátil. La movilidad pasiva y activa de la cadera es libre e indolora. Los orificios herniarios están libres.

El estudio analítico está dentro de los límites normales.

Radiología: Las radiografías convencionales de pelvis no muestran alteraciones patológicas en cadera. En las proyecciones oblicuas se ve una calcificación irregular de partes blandas en la rama isquiopúbica y reborde cotiloideo.

El enema opaco no muestra asas intestinales que penetren en la región inguinal. La

1. Jefe Sección de Cirugía Ortopédica.
2. Jefe Departamento Anatomía Patológica.
3. Médico Adjunto de Cirugía Ortopédica.

pielografía es normal. El estudio isotópico con polifosfatos de ^{99m}Tc muestra un acúmulo patológico de actividad a nivel de la articulación coxofemoral derecha, así como en las últimas vértebras lumbares.

Con el diagnóstico de tumoración de partes blandas en cara anterior de cadera derecha, abordamos la tumoración por medio de una incisión oblicua penetración roma entre el m. sartorio y el m. psoas encontrando una tumoración de partes blandas adherida por un lado al reborde cotiloideo y por otro lado comunicándose con la cavidad articular. No se observan alteraciones macroscópicas de la cabeza femoral.

Descripción macroscópica de la pieza: Pieza irregular, de superficie externa nodular abollonada, de un peso de 50 gr. Mide 6 cm de longitud por 4'5 cm de anchura y 2 cm de grosor. Va unida a un apéndice constituido por una membrana hemorrágica con áreas blanquecinas. El corte de esta tumoración muestra un tejido blanquecino, brillante, gelatinoso de consistencia elástica muy blanda, rodeado por áreas periféricas blanquecinas de consistencia elástica.

Descripción microscópica: Se observa pared fibrosa muy engrosada, permeada por numerosos vasos congestivos, algunos con pare-

des hiperplásicas y otros irregularmente formados de aspecto telangiectásicos. Se acompaña de agregados inflamatorios de estirpe linfoplasmocitaria de carácter focal.

La superficie interna muestra una proliferación fagocitaria formada por macrófagos cargados de lípidos, englobados en una masa de aspecto mixoide de carácter involutivo.

Los cortes de la sinovial muestran marcado engrosamiento fibroso de los ejes con transformación fibroblástica y proliferación vascular congestiva muy marcada, a la que se asocian algunos agregados linfoplasmocitarios de carácter inflamatorio. El sinoviotelio ha desaparecido en algunas zonas, siendo en otras hiperplásico.

Comentario

El ganglión es según STUHLER y LATTERMANN una estructura sacular, de localización paraarticular, relleno de sinovia y con frecuencia en comunicación con la articulación.

La patogenia del ganglión es aún controvertida. Tal vez el proceso sea una hernia de la membrana sinovial, por un

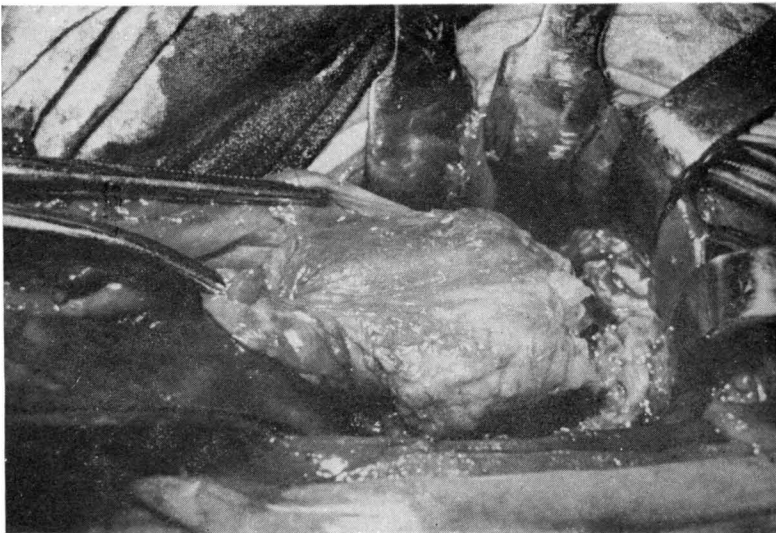


FIG. 1.—Tumoración de partes blandas cadera derecha. La porción derecha de la tumoración está pegada al pubis.

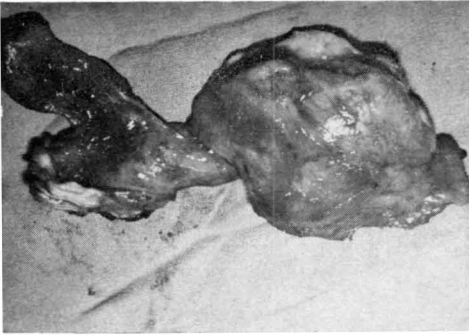


FIG. 2. — Ganglión compuesto de una porción sinovial continuación de la pared de la cadera y una parte sólida.

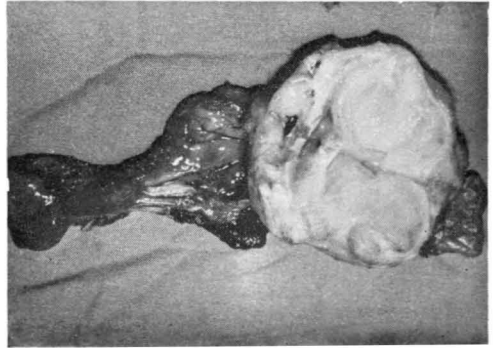


FIG. 3. — Corte transversal de la tumoración.



FIG. 4. — Pared quística del ganglión, marcado engrosamiento fibroso y cambios degenerativos mucoides hacia la luz.

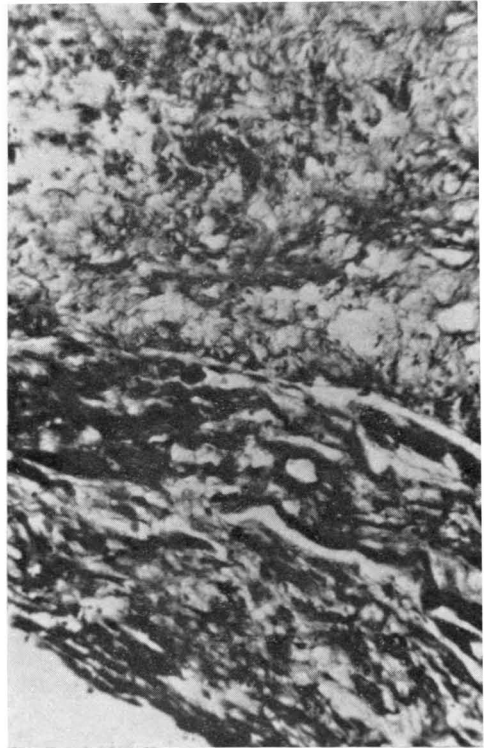


FIG. 5. — Detalle de la degeneración mucóide mostrando marginalmente algunas bandas de material fibrohiálinico.

mecanismo de bombeo, en una zona capsular débil como es la zona medial del ligamento iliofemoral y lateral del ligamento pubofemoral. Esta adhiere posteriormente una pared fibrosa, se aísla de su lugar de origen y después se atrofia su revestimiento.

El examen anatomopatológico de nuestro caso apoya la teoría de que se trate de un ganglión y no de un higroma de la *bursa iliopectinea*, que se encuentra por debajo del psoas en esta misma zona.

BIBLIOGRAFÍA

- LANZ, T. V., WACHSMUTH, W. (1972): *Praktische Anatomie*. 1 Bd/4 Teil: Bein und Statik. S. 98. Berlín, Heidelberg, New York: Springer.
- SCHVINGT, E.; KATZNER, M. y ETEINMETZ, A. (1975): Tumeur inguinales par Kyste symovial de la hanche. *Rev. Chir. Orthop.*, 61, 147-152.
- STUHLER, TH. y LATTERMANN, D. (1976): Ganglien der regio poplitea. *Chirug.*, 47, 575.
- MARGREITER, R.; STEINER, E. y MIKNZ, G. (1978): Das Ganglion des Hüftgelenkes. *Chirig.*, 49, 620-624.