

Quiste gigante acromioclavicular en paciente mayor. Hasta cuando tratar la causa.

DOI: <http://dx.doi.ORG/10.37315/SOTOCV202229257134>

PARDO COELLO MM¹, CALATRAVA ROMERO R¹, MADROÑERO MELO F², LÓPEZ MONTES MC¹, NIEVES HERNÁNDEZ M¹, RABADÁN PÉREZ, M¹, CASTELLANOS ROBLES E¹.

1. SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA HOSPITAL GENERAL DE TOMELLOSO (CIUDAD REAL)

2. SERVICIO DE ANESTESIA Y REANIMACIÓN. UNIDAD DEL DOLOR. HOSP. GRAL TOMELLOSO (CIUDAD REAL)

Resumen

Introducción: Los quistes de la articulación acromioclavicular son una entidad poco frecuente, generalmente presente en pacientes ancianos con lesiones crónicas o artropatías del manguito rotador. Hay varias causas de formación de quistes, generalmente son dos las más frecuentes, de las cuales hablaremos en este artículo. **Caso clínico:** Presentamos el caso de un paciente varón de 82 años de edad con un quiste gigante acromioclavicular, de más de 20 cm de diámetro, con crecimiento rápido en los últimos meses y con lesión tendinosa de manguito rotador asociada. **Discusión:** Estos quistes son lesiones no muy frecuentes, principalmente, producidas por la degeneración de la articulación acromioclavicular, la mayor parte de los casos, asociadas a lesiones del manguito rotador. El diagnóstico se basa en la exploración clínica, ecografía y resonancia magnética. El tratamiento mediante aspiración del quiste e infiltración de corticoide no suele ser muy efectivo y tiene alta tasa de recidivas, por lo que está más indicada la exéresis quirúrgica del quiste. **Conclusiones:** La indicación quirúrgica de estos quistes es el dolor, a veces se asocia la resección de fragmentos distal de la clavícula; cuando está presente una lesión de manguito rotador, la artroplastia invertida de hombro puede ser una alternativa, sin embargo en pacientes con poca clínica, la simple exéresis del quiste puede ser un tratamiento eficaz.

Palabras clave: Quiste, articulación acromioclavicular, gigante, paciente anciano.

Summary

Introduction: Acromioclavicular joint cysts are a rare entity, generally present in elderly patients with chronic injuries or arthropathies of the rotator cuff. There are several causes of cyst formation, there are generally two of the most frequent, which we will talk about in this article. **Clinical case:** We present the case of an 82-year-old male patient with a giant acromioclavicular cyst, more than 20 cm in diameter, with rapid growth in recent months and with associated rotator cuff tendon injury. **Discussion:** These cysts are not very frequent injuries, mainly caused by degeneration of the acromioclavicular joint, most of the cases associated with rotator cuff injuries. Diagnosis is based on clinical examination, ultrasound and magnetic resonance imaging. Treatment by cyst aspiration and corticosteroid infiltration is not usually very effective and has a high recurrence rate, so surgical removal of the cyst is more indicated. **Conclusions:** The surgical indication for these cysts is pain, sometimes associated with resection of distal fragments of the clavicle; when a rotator cuff injury is present, reverse shoulder arthroplasty can be an alternative; however, in patients with poor symptoms, simple excision of the cyst can be an effective treatment.

Keywords: Cyst, acromioclavular joint, giant, elder people.

Correspondencia:

Mar Pardo Coello

m_arpa@hotmail.es

Fecha de recepción: 14 de noviembre 2022

Fecha de aceptación: 12 de diciembre de 2022

INTRODUCCIÓN

El quiste de la articulación acromioclavicular es una patología poco frecuente del hombro, generalmente observada en pacientes de edad avanzada, a menudo debido a una comunicación entre las articulaciones acromioclavicular y glenohumeral. Sin embargo, en algunos casos, en los que el manguito de los rotadores no está lesionado, puede ser una secuela de una articulación acromioclavicular degenerada. Esta lesión puede considerarse una formación de pseudotumor, compuesta por contenido mucoide y rodeada por una pared fibrosa. Hay dos tipos diferentes: un quiste tipo 1, que ocurre con un manguito rotador intacto y es causado por un proceso degenerativo de la articulación acromioclavicular, y un quiste tipo 2 secundario a una articulación degenerada con un desgarro masivo asociado del manguito rotador. Ambos tipos se caracterizan por un aumento anormal de la producción de líquido sinovial.

El diagnóstico es clínico, sin embargo, se suele realizar ecografía, examen radiográfico y resonancia magnética, especialmente para confirmar la etiología y posible contenido del quiste, con el fin de evitar la recurrencia. La resonancia magnética suele ser la mejor técnica para identificar el tamaño, la composición del líquido, la relación anatómica entre el quiste con las articulaciones adyacentes y la posible lesión del manguito rotador. Además, los quistes de tipo 2 se caracterizan por el "signo del géiser", cuando el líquido sinovial erupciona superiormente desde la articulación glenohumeral hasta la articulación acromioclavicular. El diagnóstico diferencial debe excluir enfermedades reumáticas, tumores, infecciones y otras patologías óseas y de tejidos blandos. El tratamiento de elección suele ser la cirugía, la posibilidad de recurrencias es alta con el drenaje del mismo y la inyección de corticoides.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente de 82 años de edad con una tumoración acromioclavicular derecha de más de 20 cm de diámetro. Además del defecto estético, el paciente presenta dolor para actividades de vida diaria, en aumento durante los últimos tres meses. La cirugía consistió en la exéresis del quiste con colocación del paciente en silla de playa y abordaje sobre articulación acromioclavicular. Se identificaron los márgenes de la masa con una meticulosa disección y limpieza de la zona. El quiste tenía una extensión lateral al músculo trapecio, varios tabiques y contenido mucoide denso y organizado. El diagnóstico final de quiste sinovial se realizó tras el examen histológico en ambos casos. El paciente usó un cabestrillo para el brazo durante dos semanas hasta que se retiraron los puntos. No se prescribió fisioterapia y no se observó recurrencia del quiste en el último control, seis meses después de la cirugía. (Fig. 1, 2 y 3).

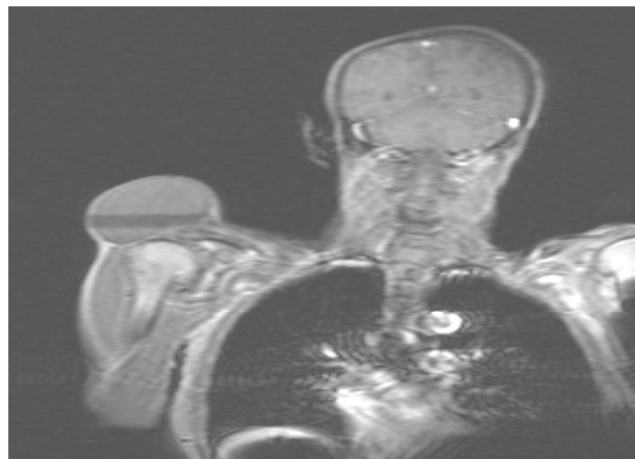


Figura 1: Imagen coronal de RNM donde se aprecia el quiste acromioclavicular.



Figura 2: Imagen clínica del quiste acromioclavicular.



Figura 3: Preparación del campo quirúrgico para la exéresis del quiste.

DISCUSIÓN

El quiste de la articulación acromioclavicular es una complicación poco frecuente de una enfermedad degenerativa de la articulación, descrita por primera vez en los años 80¹. Diez años después, Postacchini et al. informaron de 3 casos de quistes acromioclaviculares tipo 2²; dos de ellos fueron tratados quirúrgicamente mediante extirpación del quiste y acromioplastia, mientras que el caso restante fue tratado de forma conservadora. Respecto a los 2 pacientes intervenidos quirúrgicamente, en un caso también suturaron el manguito rotador, con recidiva del quiste un año después. En el otro caso se realizó una resección de la parte lateral de la clavícula, sin recidiva. Llegaron a la conclusión de que la escisión del extremo lateral de la clavícula parece ser necesaria para evitar la recurrencia del quiste, a pesar de un defecto masivo persistente del manguito. Groh et al.³ en el mismo año, informaron 4 casos de quistes acromioclaviculares tipo 2, tratados quirúrgicamente mediante hemiartroplastia de cabeza humeral sin tratamiento quirúrgico dirigido al quiste o la articulación acromioclavicular. En el seguimiento, más de 2 años después de la cirugía, no se observó recurrencia. Llegaron a la conclusión de que la hemiartroplastia es un método eficaz para tratar no sólo el quiste, sino también la enfermedad degenerativa subyacente de las articulaciones y el manguito de los rotadores. Hiller et al.⁴ primero propuso clasificar el quiste acromioclavicular en 2 tipos diferentes; el tipo 1, generalmente infrecuente, en el que el quiste se presenta superficial y limitado a la articulación acromioclavicular, sin lesión evidente del manguito rotador, y el tipo 2, más frecuente, como consecuencia de un desgarramiento masivo del manguito rotador. La cohorte más grande de pacientes con un quiste acromioclavicular fue informada por Tshering Vogel et al.⁵, que describió 9 casos, todos con un desgarramiento extenso del manguito rotador con una columna de líquido que se extendía desde la articulación glenohumeral a través del desgarramiento del manguito rotador hacia la articulación y el quiste

acromioclavicular. En 3 casos encontraron condrocalcinosis en la articulación acromioclavicular o glenohumeral. Montet et al.⁶ describen el primer caso de quiste acromioclavicular asociado a rotura masiva del manguito rotador, con extensión intramuscular del quiste en el interior del trapecio, tratado de forma conservadora. Más recientemente, otros autores informaron de un caso similar de esta patología que se extendía intramuscularmente en el trapecio que se extirpó quirúrgicamente con resección de la parte lateral de la clavícula. En nuestro primer caso, observamos la misma extensión del quiste en el músculo, lo que representa una condición poco frecuente. Presentamos un caso clasificado como tipo 2 tratado con cirugía convencional mediante la exéresis de la lesión, sin resección de la extremidad distal de la clavícula y descartando la posibilidad de artroplastia invertida de hombro, por rechazo del paciente de una cirugía protésica. Sin embargo, algunos autores prefieren abordar esta patología por vía artroscópica, realizando una descompresión subacromial conservadora con preservación del ligamento coracoacromial y un desbridamiento preciso del quiste. Incluso en los casos tratados artroscópicamente, los autores realizaron una resección de la articulación acromioclavicular.

CONCLUSIONES.

En conclusión, el tipo de quiste acromioclavicular más frecuente es el tipo 2, el cual se asocia a rotura masiva del manguito rotador y el tratamiento de elección, especialmente en los casos más sintomáticos, es la artroplastia inversa de hombro. Más raros son los quistes tipo 1, en la que el tratamiento correcto es la escisión quirúrgica, que también puede realizarse por vía artroscópica, asociada a una resección de la clavícula lateral. Sin embargo, en pacientes de edad avanzada, que no presentan síntomas ni molestias, se puede recomendar un tratamiento conservador.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Maziak N, Plachel F, Scheibel M, Moroder P**, Acromioclavicular joint cyst formation in a patient with rotator cuff-tear arthropathy: a rare cause of shoulder discomfort, *BMJ Case Rep* 2018; 27: 226188.
2. **Postacchini F, Perugia D, Gumina S**, Acromioclavicular joint cyst associated with rotator cuff tear. A report of three cases, *Clin. Orthop. Relat. Res* 1993; 294: 111-3.
3. **Groh GI, Badwey TM, Rockwood CA Jr**. Treatment of cysts of the acromioclavicular joint with shoulder hemiarthroplasty. *J Bone Joint Surg Am* 1993 Dec; 75(12):1790-4. doi: 10.2106/00004623-199312000-00008.
4. **Hiller AD, Miller JD, Zeller JL**. Acromioclavicular joint cyst formation, *Clin. Anal.* 2010; 23:145-52.
5. **Tshering Vogel DW, Steinbach LS, Hertel R, Berhard J, Stauffer E, Anderson SE**. Acromioclavicular joint cyst: nine cases of a pseudotumor of the shoulder, *Skeletal Radiol* 2005; 34:260-5.
6. **Montet X, Zamorani-Bianchi MP, Mehdizade A, Martinoli C, Bianchi S**, Intramuscular ganglion arising from the acromioclavicular joint. *Clin. Imaging* 2004; 28:109-12.