

CASO CLÍNICO Nº 27 (SCLECARTO, 2011)

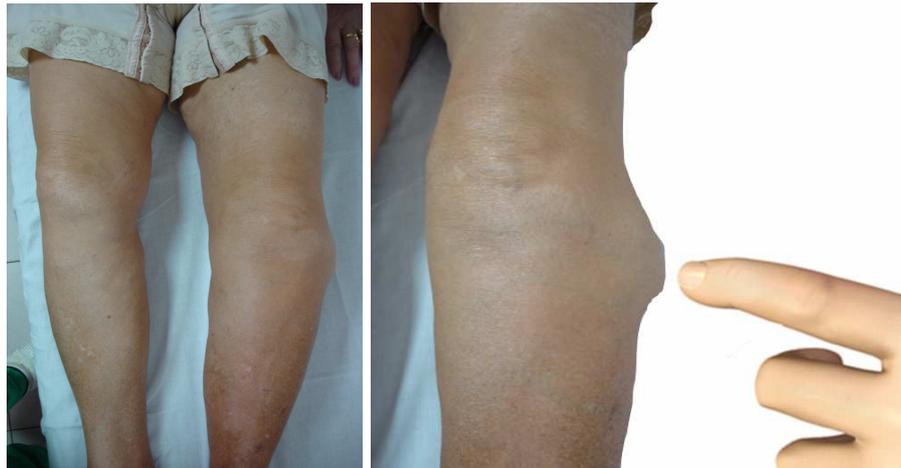
AUTOR

Comité editorial de www.sclecarto.org

CASO CLINICO

Paciente mujer de 72 años de edad sin antecedentes patológicos de interés que consulta por dolor en su rodilla izquierda de años de evolución y ritmo mecánico, con una tumoración que le preocupa en la cara externa de la misma rodilla, motivo por el cual consulta.

A la exploración física se objetiva un genu varo, con una tumoración en la cara externa de la rodilla izquierda blanda a la palpación, no dolorosa, adherida a planos profundos (Figuras 1 y 2). La presión de la interlínea fémoro-tibial interna es dolorosa. La movilidad de la rodilla es prácticamente normal, con chasquidos a la flexo-extensión. En el resto de la exploración física no hay datos objetivos de interés.



Figuras 1 y 2.

El estudio radiográfico y las imágenes de RM se muestran en las figuras 3-6.



Figura 3



Figura 4

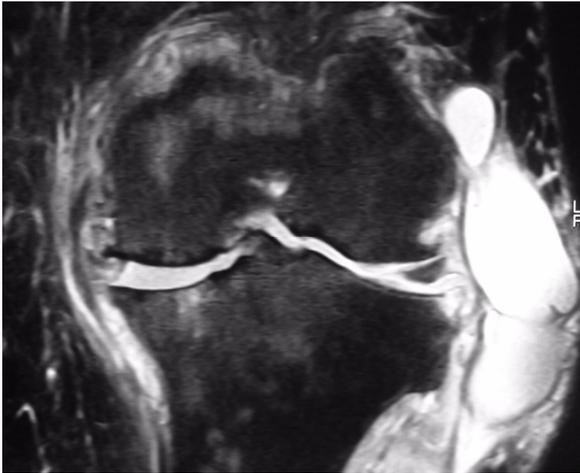


Figura 5

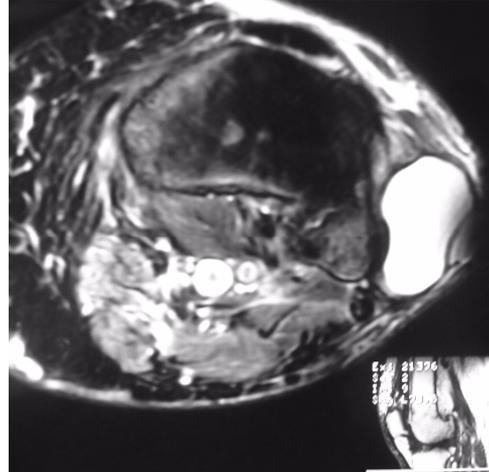


Figura 6

DIAGNÓSTICO

Gonalgia por gonartrosis con quiste sinovial en cara externa de la rodilla.

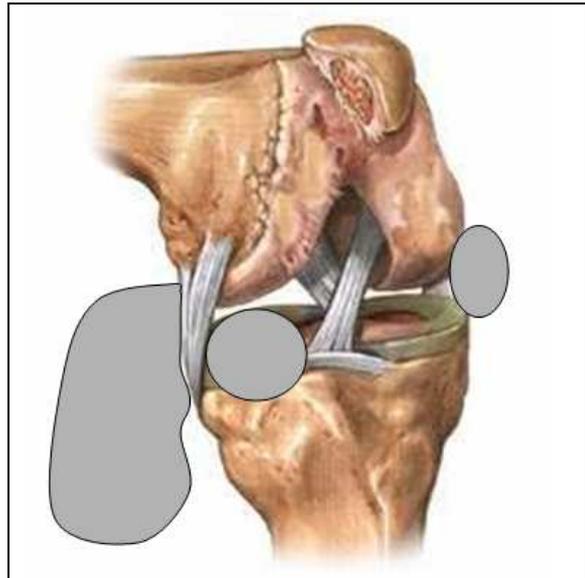
TRATAMIENTO Y RESULTADO

Se indicó e implantó una prótesis total de rodilla convencional, con exéresis del quiste, cuya naturaleza fue confirmada por el patólogo.

DISCUSIÓN

Como se discutió y comentó en el caso número 26, el diagnóstico diferencial de una tumoración de partes blandas en la rodilla es extenso, desde la benignidad a la malignidad. El tratamiento, obviamente, depende de su naturaleza. La tumoración que nos ocupa en este caso pudo plantear alguna duda en la primera valoración clínica, pero no al estudiarse en su conjunto con los datos de imagen. Se trataba de una gonartrosis con un quiste sinovial, a los que vamos a dedicar algún comentario. No nos referiremos a la gonartrosis asociada.

Un quiste sinovial es una colección líquida yuxtaarticular en una cavidad tapizada por células sinoviales que la distinguen de otras colecciones fluidas yuxtaarticulares. El líquido sinovial puede extenderse en cualquier dirección, manteniendo o no la comunicación con la cavidad articular. El ejemplo típico y más frecuente de un quiste sinovial es el quiste poplíteo, al que no vamos a referirnos en este caso. Otros asientan o se extienden a los planos anterior, medial o lateral de la rodilla. El del caso que nos ocupa en esta ocasión es un quiste sinovial lateral. Antes de entrar en ellos, sin embargo, conviene definir lo que es un ganglión, que puede confundirse, aunque no tenga trascendencia clínica, con el quiste.



Representación gráfica de algunos ejemplos de quistes sinoviales de la rodilla.

Un ganglión es una lesión quística pseudotumoral de origen desconocido que está rodeada de tejido conectivo denso con fluido gelatinoso rico en ácido hialurónico y otros mucopolisacáridos. Estas lesiones se clasifican como mixoides y podrían ser la consecuencia de una hernia sinovial, de la degeneración tisular o de traumatismos repetidos. Algunos los clasifican como yuxtaarticulares, intraarticulares y perióísticos.

Volviendo a los quistes sinoviales, a menudo los observamos en el contexto de una gonartrosis o, más frecuentemente, de una rotura meniscal. El caso presente aúna los dos ejemplos.

Un quiste meniscal es una colección focal de líquido sinovial localizada dentro o adyacente a un menisco habitualmente roto o degenerado. En la mayoría de los quistes meniscales asociados con roturas del menisco, de hecho, se identifica mediante RM una comunicación directa del quiste con la rotura meniscal, que frecuentemente tiene un trazo horizontal. El quiste puede asentar, indistintamente, en la cara medial o lateral de la rodilla. Al respecto, tradicionalmente se había dicho que los laterales eran dos ó cuatro veces más frecuentes que los mediales, cuando en realidad no es así. En algún estudio son más frecuentes los mediales, que se presentarían en el 4% de los pacientes con meniscos rotos, independientemente de que fueran internos o externos.

En cuanto a la localización del quiste, en la cara medial de la rodilla suelen localizarse en el segmento pósteromedial, junto al cuerno posterior. Otras veces, sin embargo, son adyacentes al cuerno anterior, están próximos al cuerpo o se extienden superficialmente al ligamento colateral medial. Los quistes meniscales laterales son igualmente variados. En la cara ántero-lateral pueden situarse en profundidad a la banda iliotibial, mientras que posteriormente se situarían por debajo del ligamento colateral lateral. A veces, cuando se asocian a una rotura del cuerno posterior del menisco lateral se confunden con gangliones del ligamento cruzado posterior por relacionarse íntimamente con esta estructura. El diagnóstico diferencial debe establecerse a partir de la identificación de la rotura

meniscal, de la conexión entre ella y el quiste, y del asiento concreto con respecto al ligamento (generalmente posterior y centrado sobre el ligamento, o en torno a él). Los gangliones del ligamento cruzado posterior tienden a ubicarse en la inserción tibial o femoral ligamentaria y raras veces lo hacen a su alrededor.

La sintomatología de los quistes sinoviales y gangliones es variada, pues pueden ser asintomáticos o causar, de forma intermitente, dolor, tumefacción, tumoración y algún grado de impotencia funcional. La tumoración es más frecuente en los de asiento lateral, probablemente en relación con la menor cantidad de partes blandas grasas en ese lugar. Aunque puedan erosionar el hueso vecino, lo que se observaría en las radiografías simples, la RM identifica claramente una masa quística que puede ser unilocular o mostrar septaciones y múltiples loculaciones con baja intensidad de señal en T1 y alta en T2. Cuando ha habido hemorragias o el contenido proteináceo es alto, como ocurriría cuando se tratara de gangliones, la señal sería isointensa en T1 y baja en T2. Tras la administración de gadolinio se observa una captación en anillo conjuntamente a una captación difusa.

Refiriéndonos de forma particular a los gangliones aislados, su tratamiento consiste en la resección, o en la punción-aspiración e inyección de corticoides. Cuando se demuestra una comunicación con la articulación, la conexión debe ser eliminada para prevenir recidivas.

El tratamiento de un quiste meniscal consiste en el drenaje del quiste y la reparación de la rotura meniscal asociada. Cuando se presenta en el contexto de una gonartrosis tan avanzada como la del caso que hemos presentado el tratamiento consistiría en el de la enfermedad artrósica principal, consistente en la colocación de una prótesis total de rodilla que incluiría la exéresis quística.

BIBLIOGRAFÍA

Beall DP, Ly JQ, Wolff JD, Sweet CF, Kirby AB, Murphy MP, Webb H, Fisch JR. Cystic masses of the knee: magnetic resonance imaging features. *Curr Probl Diagn Radiol* 2005;34:143–59.

Bergin D, Morrison WB, Carrino JA, Nallamshetty SN, Bartolozzi AR. Anterior cruciate ligament ganglia and mucoid degeneration: coexistence and clinical correlation. *AJR Am J Roentgenol* 2004;182:1283–7.

Blair TR, Schweitzer M, Resnick D. Meniscal cysts causing bone erosion: retrospective analysis of seven cases. *Clin Imaging* 1999;23:134–8.

Campbell SE, Sanders TG, Morrison WB. MR imaging of meniscal cysts: incidence, location, and clinical significance. *AJR Am J Roentgenol* 2001;177:409–13.

Conrad EU, Enneking WF. Common soft tissue tumors. *Clin Symp* 1990;42:21.

Costa ML, Marshall T, Donell ST, Phillips H. Knee synovial cyst presenting as iliotibial band friction syndrome. *Knee* 2004;11:247–8.

De Maeseneer M, Shahabpour M, Vanderdood K, Machiels F, De Ridder F, Osteaux M. MR imaging of meniscal cysts: evaluation of location and extension using a three-layer approach. *Eur J Radiol* 2001;39:117–24.

Hersekli MA, Akpinar S, Demirors H, Ozkoc G, Ozalay M, Cesur M, Uysal M, Tandogan RN. Synovial cysts of the proximal tibiofibular joint causing peroneal nerve palsy: report of three cases and review of the literature. *Arch Orthop Trauma Surg* 2004;124:711–4.

Janzen DL, Peterfy CG, Forbes JR, Tirman PF, Genant HK. Cystic lesions around the knee joint: MR imaging findings. *AJR Am J Roentgenol* 1994;163:155–61.

Juhng SK, Lenchik L, Won JJ. Tibial plateau erosions associated with lateral meniscal cysts. *Skeletal Radiol* 1998;27:288–90.

Kili S, Perkins RDP. Common peroneal nerve ganglion following trauma. *Injury* 2004;35:938–9.

Lektrakul N, Skaf A, Yeh L, Roger B, Schweitzer M, Blasbalg R, Resnick D. Pericruciate meniscal cysts arising from tears of the posterior horn of the medial meniscus: MR imaging features that simulate posterior cruciate ganglion cysts. *AJR Am J Roentgenol* 1999;172:1575–9.

McCarthy CL, McNally EG. The MRI appearance of cystic lesions around the knee. *Skeletal Radiol* 2004;33:187–209.

Nakamae A, Masataka D, Yasumoto M, Kobayashi K, Ochi M. Synovial cyst formation resulting from nonabsorbable meniscal repair devices for meniscal repair. *Arthroscopy* 2004;20:16–9.

Steiner E, Steinbach LS, Schnarkowski P, Tirman PF, Genant HK. Ganglia and cysts around joints. *Radiol Clin North Am* 1996;34:395–425.

Tasker AD, Ostlere SJ. Relative incidence and morphology of lateral and medial meniscal cysts detected by magnetic resonance imaging. *Clin Radiol* 1995;50:778–81.

Tom BM, Rao VM, Farole A. Bilateral temporomandibular joint ganglion cysts: CT and MR characteristics. *AJNR Am J Neuroradiol* 1990;11:746–8.

Tschirch FTC, Schmid MR, Pfirrmann CWA, Romero J, Hodler J, Zanetti M. Prevalence and size of meniscal cysts, ganglionic cysts, synovial cysts of the popliteal space, fluidfilled bursae, and other fluid collections in asymptomatic knees on MR imaging. *AJR Am J Roentgenol* 2003;180:1431–6.

Tyson LL, Daughters TC Jr, Ryu RKN, Crues JV 3rd. MRI appearance of meniscal cysts. *Skeletal Radiol* 1995;24:421–4.

Weiss SW, Goldblum JR. Benign tumors and tumor-like lesions of synovial tissue. In: Strauss M, editor. *Enzinger and Weiss's soft tissue tumors*. 4th edition. St. Louis (MO): Mosby; 2001. p. 1037–62.