

NOTA CLÍNICA



Gaceta Médica de Bilbao. 2013;110(3):61-63

Compresión venosa femoral sintomática por quiste sinovial

Claudia Aramendi, Melina Vega, Consuelo Casco, Luis Estallo, Marina López, Ángel Barba

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital Galdakao-Usansolo. Bizkaia

Recibido el 15 de junio de 2013; aceptado el 30 de junio de 2013

PALABRAS CLAVE

Quiste sinovial;
Compresión venosa;
Edema

Resumen: Presentamos un caso de edema en la extremidad inferior derecha secundario a la compresión de la vena femoral común por un quiste sinovial. Varón de 38 años, que presenta edema rizomélico en la extremidad inferior derecha de dos meses de evolución. Se realiza eco-doppler objetivando una compresión extrínseca de la vena femoral común por una lesión quística. Se punciona la lesión obteniendo un líquido compatible con líquido sinovial y resolviendo el edema. En el seguimiento posterior con ecografía se observa el aumento progresivo de la lesión, mientras el paciente permanece asintomático. Dos meses después se realiza TC por recidiva de la clínica, donde se confirma la existencia de un ganglión, que provoca un compromiso espacial extrínseco sobre la vena femoral común derecha. Se realiza la resección completa de la lesión con resolución completa del edema, sin recurrencia tras 2 años de seguimiento. La resección del quiste es el tratamiento de elección cuando éste produce sintomatología.

© 2013 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Sinovial cyst;
Venous compression;
Oedema

Symptomatic common femoral vein compression by a sinovial cyst

Abstract: We report a case of right lower limb oedema due to common femoral vein compression by a sinovial cyst. A 38-year-old man described global right lower limb oedema during the previous 2 months. On ultrasound we could see extrinsic compression of the common femoral vein due to a clear cyst. We punctured the cyst and obtained clear liquid compatible with synovial origin. The oedema was thus resolved. Short-term follow-up with ultrasound imaging showed progressive filling of the cyst, although the patient remained asymptomatic. Two months later, the patient again complained of right lower limb oedema and a CT scan was performed, which confirmed the presence of a ganglion cyst, which compressed the adjacent common femoral vein. We performed a complete resection of the lesion, and all symptoms disappeared, with no recurrence

after 2-year follow-up. The excision of the ganglion cyst is the treatment of choice when symptomatic.

© 2013 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

GAKO-HITZAK

Kiste sinobiala;
Zain konpresioa;
Edema

Kiste sinobial batek eragindako zain konpresio femoral sintomatikoa

Laburpena: Kiste sinobial batek eragindako zain konpresio femoralaren ondorioz agertutako beheko gorputz-adarreko edema kasu bat aurkezten dugu. 38 urteko gizonetako batek beheko gorputz-adarreko edema unilaterala aurkezten du bi hilez. Ekografiaren bitartez lesio kistiko bat ikusten da, bena femoral komunaren konpresioa eragiten duena. Lesioa ziztatuz likido argi bat eskuratzen da, likido sinobialarekin bateragarria dena, edema osatuz. Ekografiaz egindako jarraipenean, kistearen hazkuntza progresiboa ikusten da, gaixoa asintomatiko darraialarik. Bi hile beranduago klinika berragertzen da eta TK bitartez ganglioi bat aurkitzen da, eskuineko zain femoral komunarekiko espazio konpromesu bat eragiten duena. Lesio osoaren erresektzioa egiten da, bi urtez bererituzerik ikusi gabe. Kisteak klinika eragiten duenean, kirurgia da aukerazko tratamendua. © 2013 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

Introducción

El edema unilateral en miembros inferiores es un síntoma muy común, y de múltiples etiologías como pueden ser la insuficiencia venosa crónica, el linfedema o la trombosis venosa profunda¹. Presentamos un caso de edema en la extremidad inferior derecha secundario a la compresión de la vena femoral común por un quiste sinovial.

Caso clínico

Un varón de 38 años, sin antecedentes de interés, acude al servicio de urgencias por edema rizomélico en la extremidad inferior derecha de 15 días de evolución. Con la sospecha de trombosis venosa profunda (TVP) se realiza una ecografía-dópler, en la que se observa la permeabilidad y la competencia del sistema venoso, descartando una TVP o una insuficiencia venosa crónica. A su vez, se observa una lesión quística en la región inguinal derecha de 34 x 26 mm de diámetro, con tabicaciones internas que no presenta flujo en su interior y sin aparente comunicación con la articulación coxofemoral ni con el conducto inguinal, que comprime y desplaza la vena femoral común (VFC) derecha.

Se decide el ingreso del paciente en Medicina Interna para completar su estudio. Se realiza una RM confirmando la existencia de una lesión quística bilobulada de 35 mm de diámetro máximo que comprime la VFC derecha, pudiendo corresponder con un ganglión, aparentemente independiente del paquete vascular. Se realiza la punción eco-guiada de la lesión obteniendo un líquido claro compatible con líquido sinovial, confirmando el origen de la lesión. La clínica se resuelve del todo, por lo que el paciente es dado de alta.

En los controles ecográficos posteriores se observa el crecimiento progresivo de la lesión, pero se mantiene una actitud conservadora, dado que el paciente permanece asintomático.

Dos meses después el paciente acude de nuevo al servicio de Urgencias por recidiva de la clínica e ingresa en el servicio de Cirugía Vascul. Se instaaura trata-

miento anticoagulante y se realiza una angioTAC (Figura 1), donde se visualiza la recidiva de la lesión y se confirma que se trata de un quiste sinovial dependiente de la vaina del músculo psoas-iliaco derecho que comprime la VFC derecha, quedando descartado su origen vascular.



Figura 1. Imagen del angioTAC.

Consultado el caso con el servicio de Traumatología se decide la resección quirúrgica conjunta de la lesión. Mediante incisión inguinal longitudinal se realiza la disección cuidadosa de la bifurcación arterial femoral y de la VFC controlándolas con cintas de silicona. Entre la arteria femoral común y la vena femoral común sobresale el ganglión que se encuentra estrechamente adherido a la VFC (Figura 2). Se realiza una disección cuidadosa li-

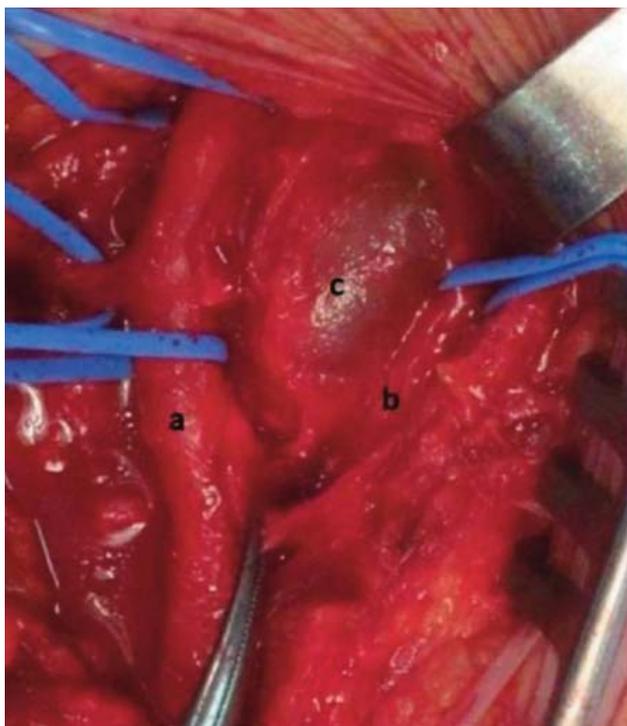


Figura 2. a) Quiste sinovial. b) Vena Femoral Común. c) Arteria Femoral Común.

berando la vena y resecando el quiste sin causar daño a los vasos femorales.

La evolución posterior es favorable, desapareciendo el edema y sin complicaciones derivadas del procedimiento quirúrgico, por lo que el paciente es dado de alta a las 48 horas. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico.

Resultados

A los dos años de seguimiento el paciente permanece asintomático y no se observan datos de recidiva en los controles ecográficos.

Discusión

Existen múltiples causas de edema unilateral en extremidades inferiores, entre las más comunes la trombosis venosa profunda. La compresión venosa extrínseca, debida a neoplasias, fibrosis retroperitoneal o quistes sinoviales entre otras, puede presentar una clínica similar².

El quiste sinovial es una masa quística proveniente de alguna estructura sinovial en íntima relación con las articulaciones, habitualmente en la muñeca, aunque también puede aparecer en otras articulaciones y vainas tendinosas del organismo³. La etiopatogenia es aún con-

trovertida, aunque se sabe que se presentan en algunas áreas como respuesta del tejido conectivo al stress crónico. Se ha sugerido que se producen por anomalías sinoviales, degeneración mucinosa del tejido conectivo y formación de quistes de retención. Sin embargo, la teoría más aceptada es que se trata de una herniación sinovial, a través de un ligamento articular o una vaina tendinosa, ya que se ha demostrado comunicación del quiste con el espacio sinovial de donde proviene⁴.

En la exploración física puede aparecer como una masa quística, que no se reduce a la presión, no pulsátil, dolorosa en algunos casos, en relación con una articulación o vaina tendinosa. Puede causar diferente clínica en función de su localización o simplemente ser asintomático. Puede causar compresión vascular causando isquemia o edema, nerviosa con dolor referido o incluso visceral como en el caso de quistes sinoviales provenientes de la cadera con extensión retroperitoneal⁵.

En el diagnóstico por imagen la RM o TC son las pruebas de imagen de elección para definir la lesión y su origen. La ecografía puede ayudar a descartar otros procesos, como por ejemplo aneurismas, o quistes adventiciales⁵.

Respecto al tratamiento, se intenta mantener una actitud conservadora en aquellos casos asintomáticos. La resección quirúrgica del quiste asociado o no a la sinovectomía o capsulectomía es el tratamiento de elección en los casos sintomáticos. Se ha descrito la aspiración del contenido del quiste en casos en los que la punción eco-guiada sea posible, pero en muchos casos la lesión recidiva. También se han utilizado instilaciones de esteroides o agentes esclerosantes^{3,4,5}.

Bibliografía

- 1 Bhan C, Corfield L. A case of unilateral lower limb swelling secondary to a ganglion cyst. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2007; 33:371-372.
- 2 Gale SS, Fine M. Deep vein obstruction and leg swelling caused by femoral ganglion. *J Vasc Surg* 1990; 12:594-5
- 3 Bolhuis HW, Van Der Werf TS. Giant Synovial cyst of the hip joint presenting with femoral vein compression. *Neth J Surg* 1990; 42:88-91.
- 4 Hoon Ahn J, Choy WS. Operative treatment for ganglion cyst of the foot and ankle. *The Journal of Foot and Ankle Surgery* 2010; 49:442-445.
- 5 Colasanti M, Sapienza P. An unusual case of sinovial cyst of the hip joint presenting as femoral vein compression and severe lower limb edema. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2006; 32:468-470.