

QUISTE SINOVIAL INTRAÓSEO EN HUESO GRANDE. A PROPÓSITO DE UN CASO.

OBJETIVOS

- Se presenta el caso de una paciente de 23 años de sexo femenino que acude a nuestro centro por dolor en la muñeca derecha de un año de evolución. La paciente fue valorada en dos ocasiones previas por el servicio de traumatología de otro centro, siendo diagnosticada de “tendinitis del tendón extensor común de los dedos de la muñeca derecha”, en relación a una sobrecarga de origen laboral. La paciente no presentaba antecedentes médicos de interés.
- Se pretende mostrar cuales fueron los pasos hasta alcanzar el diagnóstico de “quiste sinovial intraóseo en el hueso grande”, y cuál fue la alternativa terapéutica menos yatrogénica y más resolutive para una paciente en edad laboral y físicamente activa.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Exploración

- Muñeca con aspecto normal, no tumefacción, no hemoema.
- Dolor moderado a la palpación de los tendones del extensor digitorum communis a nivel de la zona VII, que según refiere “el dolor no me deja vivir, así no puedo trabajar”.
- BAA: normal, salvo una pequeña limitación a la extensión de la muñeca de aproximadamente 20°, por dolor. Disminución de fuerza de prensión manual de 10 Kg.

Rx normal

RM y TC

- **Lesión quística compleja de 1.3 cm** en diámetro mayor, situada en el **margen más proximal del hueso grande**, presentando un contenido de menor densidad que el hueso. En el resto de la muñeca sólo destacó una zona de sinovitis en región dorsal del carpo.
- Lesión lítica de contorno regular y con margen escleroso bien delimitado en el hueso grande, **asociando un colapso de la cortical en su vertiente volar y proximal, ligeramente impactada**, con un fragmento óseo irregular de aproximadamente 4 mm desplazado hacia volar, **condicionando un pinzamiento de la interlínea entre los huesos semilunar y grande**.

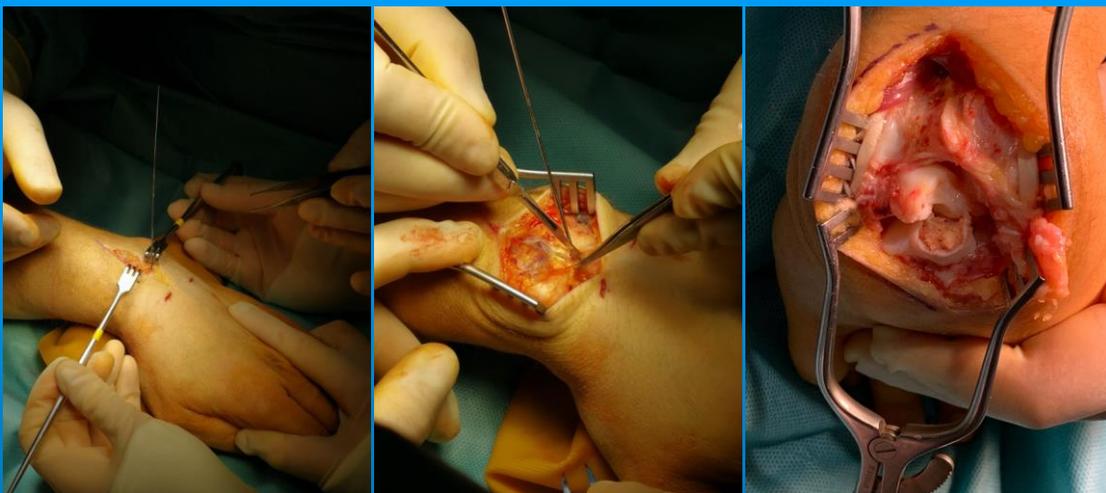
Diagnóstico

- Gracias a estos datos y a la ausencia de calcificaciones en su interior que sugieran la existencia de una matriz condroide, el **diagnóstico de sospecha fue de un quiste sinovial intraóseo con características de baja agresividad radiológica**.



- Ante el gran tamaño de la lesión, la extensa afectación articular y la clínica invalidante, se decidió → **exéresis de la lesión y artrodesis cuatro esquinas (A4E) de la muñeca**.

MATERIAL Y METODOLOGÍA



- **Abordaje longitudinal medio dorsal** sobre la articulación radiocarpiana.
- Apertura del retináculo extensor **entre el 3º y 4º compartimento + capsulotomía en “Z”** centrada en el semilunar.
- Se aprecia → **defecto cortical de la cara más proximal del hueso grande**, la cual era compresible a la digitopresión.
- Se realizó **escafoidectomía** y se continuó con la apertura del quiste intraóseo mediante el labrado de una ventana sobre el defecto óseo, **curetaje** del contenido quístico y **relleno con injerto óseo autólogo** procedente del escafoides resecado.



- Se prepararon, mediante una gubia, **las carillas articulares entre los huesos grande, semilunar, piramidal y ganchoso**, extirpando el cartílago articular para llevar a cabo la “A4E”.
- **Mediante AAKK se fijó el carpo temporalmente**, y se comprobó por radioscopia la correcta disposición de los huesos que se pretendían artrodesar y la adecuada alineación radio-semilunar-grande en la proyección lateral.
- **Se fijó con 2 tornillos canulados de compresión con doble rosca sin cabeza** de 3.5 mm de diámetro y 18 mm de longitud la **articulación semilunar-hueso grande y la piramidal-hueso grande**, y se aportó el injerto de escafoides sobrante entre las superficies articulares. La disposición de los tornillos fue por vía dorsal en ambos casos.
- Tras comprobar por radioscopia la correcta posición de los tornillos se procedió al cierre por planos. Por último, se vendó e inmovilizó la muñeca con **férula de yeso antebraquial durante 3 semanas**, favoreciendo el inicio de la consolidación y la cicatrización de las partes blandas.

DISCUSIÓN

- Los quistes sinoviales o gangliones son lesiones pseudotumorales de aspecto quístico, de paredes regulares y bien definidas, que se presentan más frecuentemente como masas de partes blandas en tejidos yuxtaarticulares.
- A nivel radiográfico, si está dentro del hueso observamos una imagen **radiolúcida, lítica y bien delimitada**. La RM muestra lesiones de **comportamiento quístico, hipo o isointensas al músculo en secuencias potenciadas en T1, y fino realce del tejido fibrovascular periférico** y ausencia de éste en el centro de la lesión, lo que los diferencia de otras lesiones mixoides o sólidas (1).
- **Los quistes sinoviales intraóseos (QSI), son mucho menos frecuentes que los periarticulares**, aparecen como una lesión a nivel subcondral, siendo más frecuente la localización en el carpo (sobre todo en semilunar y escafoides). Histológicamente estas lesiones son idénticas a los gangliones de partes blandas.
 - Más frecuentes → **hombres entre los 20 y 60 años, asintomáticos** (los sintomáticos, se manifiestan por dolor crónico que aumenta con la actividad física) (2).
 - Diagnóstico diferencial → quistes subcondrales de la enfermedad degenerativa articular, quistes de la enfermedad por depósito de cristales de pirofosfato cálcico, condroblastoma, tumor óseo de células gigantes o lesiones metastásicas líticas.
 - En nuestro caso, no se practicó curetaje del quiste y vaciado del material mucoso como sí se lleva a cabo en los gangliones de partes blandas, **debido a que la lesión presentaba un tamaño considerable y afectaba a la cortical proximal, dejando un defecto óseo importante en la articulación hueso grande- semilunar** (3).
 - Del mismo modo, se realizó la reducción de la mala alineación dorsal (DISI) del semilunar previo a la artrodesis. Paso de vital importancia para evitar posteriores conflictos entre la superficie en la que se ha realizado la artrodesis y el labio dorsal del radio (4).
 - En lo referente a qué tipo de tornillos utilizar y cómo colocarlos, no existe un consenso claro, pero la tendencia es a utilizar, como en nuestro caso, **al menos 2 tornillos de doble rosca tipo Herbert, uno fijando la articulación semilunar-hueso grande y otro la articulación piramidal-hueso grande**, pudiendo ampliar a las articulaciones entre el piramidal-semilunar o la piramidal-ganchoso si fuera preciso (5).

RESULTADOS

- **A las 6 semanas** → la paciente presentaba una movilidad casi completa y tan solo leves molestias bien toleradas con analgesia básica puntual.
- **Al año** → la paciente presentaba un **BAA similar a la muñeca contralateral**, salvo por una ligera disminución de la flexión dorsal de la muñeca de unos 15°, persistía la ausencia de dolor y en la Rx de control se observó la **completa consolidación de la artrodesis**.



CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

- Aunque esta localización es poco frecuente para los quistes sinoviales, deben tenerse en cuenta a la hora de realizar el diagnóstico diferencial con el resto de alternativas que cursan con **lesiones quísticas a nivel del hueso subcondral**.
- Ante el **gran tamaño de la lesión, la extensa afectación articular y la clínica invalidante**, se decidió realizar esta técnica quirúrgica, con la **principal intención de causar la mínima yatrogenia posible y devolver la mayor capacidad funcional a la paciente**.

BIBLIOGRAFÍA

- Díaz Prieto G, Pancorbo Sandoval E, Martín Tirado J, Navarro Patou R, Delgado Quiñones A. Ganglión intraóseo del hueso grande del carpo. Rev Cubana Ortop Traumatol. Junio de 2010; 24 (1).
- Delgado PJ, Figueredo FA, Díez-Montiel A, Gil de Rozas M, Truan JR. Artrodesis de cuatro esquinas de la muñeca. Rev Iberamer Cir Mano. 2014; 42 (2): 183-193.
- Martínez Andrade C, Escudero González O. Artrodesis parciales artroscópicas. Indicaciones, técnica y resultados. Rev Esp Artrosc Cir Articul. Septiembre de 2014; 21 (1): 63-68.
- Kobza PE, Budof JE, Yeh ML, Luo ZP. Management of the scaphoid during four-corner fusion. A cadaveric study. J Hand Surg Am. 2003; 28: 904-9.
- García-López A, Delgado PJ. Artrodesis parciales: fusión de las cuatro esquinas. Rev Ap Locomot. 2007; 5 (supl II): 97-104.