

Edema persistente de miembro inferior debido a quistes sinoviales en un paciente con artritis reumatoide*

J.M. Morales-González, L. Riera-Rodríguez y D. Novillo-Casal

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Complejo Hospitalario de Orense. Hospital Cristal Piñor. Orense.

Introducción. Las bursitis del iliopsoas son una entidad clínica poco frecuente como causa de compresión de estructuras vasculonerviosas de la región inguinal. Ésta a menudo se encuadra asociada a diversas patologías de la cadera y es raro encontrarla como entidad clínica aislada.

Caso clínico. Se presenta el caso de un paciente de 75 años diagnosticado de artritis reumatoide de larga evolución, con edemas persistentes en miembro inferior derecho, así como dolor e incapacidad funcional de la misma cadera debido a una amplia sinovitis. Los estudios de imagen demuestran un quiste sinovial ectópico gigante del iliopsoas con compresión de las estructuras vasculares inguinales. Fue tratado, en principio, con punciones repetidas e infiltraciones de corticoides que no resolvieron el caso, por lo que se decide extirparlo quirúrgicamente, para en un segundo tiempo proceder a la sustitución total de la cadera.

Conclusión. Los autores concluyen que la bursitis del iliopsoas debe ser considerada en la evaluación de los pacientes con dolor inespecífico de la ingle o la pelvis. El tratamiento con corticoides se debería intentar como alternativa previa a la cirugía.

Palabras clave: *bursitis del iliopsoas, artritis reumatoide, quiste sinovial, edema de pierna.*

Persistent lower limb edema caused by synovial cysts in a patient with rheumatoid arthritis

Introduction. Bursitis of the iliopsoas infrequently causes compression of the vascular and nerve bundle in the inguinal region. Compression of vascular and nerve structures in the inguinal region is more frequently associated with different hip conditions and is rarely found as an isolated clinical entity.

Case report. We present the case of a 75 year old patient diagnosed with long term rheumatoid arthritis and persistent edema in his lower right leg. The patient also reported pain and had decreased functionality of his right hip due to a large synovitis.

Images showed a giant ectopic synovial cyst on the iliopsoas with compression of inguinal vascular structures.

The patient was initially treated with repeated punctures and steroid injections, but did not resolve. Therefore it was decided to excise the cyst surgically and subsequently, in a second operation, perform total hip replacement.

Conclusion. The authors conclude that iliopsoas bursitis must be considered when patients with non-specific pain in the groin or pelvis are assessed. Steroid treatment must be used before deciding on a surgical approach.

Key words: *iliopsoas bursitis, rheumatoid arthritis, synovial cyst, leg edema.*

Correspondencia:

J.M. Morales-González.
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (5.ª planta).
Complejo Hospitalario de Orense.
Hospital Cristal Piñor.
C/ Ramón Puga, 52, 54.
32005. Orense.
Correo electrónico: jomorgon@hotmail.com

Recibido: julio de 2004.
Aceptado: enero de 2005.

*3.º Premio SECOT 2004 de Casos Clínicos.

La bursitis de psoas ilíaco debida a un incremento en el volumen de la bursa es una entidad clínica inusual, pasando su diagnóstico fácilmente desapercibido. Es raro observarla como alteración aislada, siendo más frecuente su asociación a otras patologías como la artritis reumatoide u otras osteoartritis de la cadera¹; así como en enfermedades inflamatorias, sinovitis vellonodular pigmentada, condromatosis sinovial, pseudogota, enfermedad ósea metastásica², traumatismos musculoesqueléticos³ y en pacientes con actividad física elevada⁴.

La clínica es muy variable, pudiendo presentarse con dolor, lesiones ocupantes de espacio o compresión de las estructuras inguinales^{2,3}. Es necesario un profundo conocimiento de la anatomía y la biomecánica de estas estructuras, así como realizar estudios radiológicos apropiados para un diagnóstico precoz y un tratamiento clínico correcto³⁻⁵.

Los estudios de resonancia magnética (RM) nos van a permitir una buena delineación de los músculos y de la lesión. Los cortes transversales nos mostrarán el origen y extensión de la misma. Los cortes sagitales a veces nos serán útiles para definir la extensión de la enfermedad en la columna. Las secuencias en T1 proporcionan un contraste óptimo entre músculo y tejido lesional, mientras que las imágenes en T2 son más útiles para describirla cuando se presenta en el interior de los propios músculos⁶.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 75 años, diagnosticado hace 16 años de artritis reumatoide seropositiva agresiva refractaria a tratamiento, con afectación sistémica. Actualmente en tratamiento con anticuerpo anti-TNF, metotrexate, corticoides, bifosfonatos y calcio.

Como antecedentes médicos destacan pericarditis aguda, sinovitis poliarticular, trombosis venosa profunda (TVP) del miembro inferior derecho. Antecedentes quirúrgicos de hernia inguinal y apendicectomía. En el año 1996 es diagnosticado de quiste de Baker gigante en la rodilla derecha, siendo tratado en principio mediante punción, por un radiólogo intervencionista. Meses más tarde se interviene con cirugía artroscópica dicha rodilla, por presentarse una intensa inflamación, realizándose una sinovectomía y lavado profuso. Al año se realiza una escisión del quiste de Baker. En el año 2001 el paciente comienza a presentar dolor y un gran edema en el miembro inferior derecho, observándose una amplia sinovitis de cadera. Es tratado, en un principio, por el Servicio de Reumatología mediante punciones-drenaje repetidos por ecocardiograma (ECO) junto a infiltraciones de corticoides⁷, mejorando sólo temporalmente. Se le realizan pruebas de imagen descartándose la TVP, siendo diagnosticado, en principio, de absceso del psoas, por lo que se decide consultar con nuestro Servicio.

En la exploración física se aprecia un paciente apirético, sin síndrome constitucional, con dificultad dolorosa para la deambulación, tumefacción en zona inguinal derecha, aumento de perímetro del miembro inferior derecho con intenso edema con fovea, edema menos importante en miembro inferior izquierdo, dolor a la palpación generalizada del miembro con limitación dolorosa de la cadera derecha en todos los planos del espacio, dolor a la presión en fosa ilíaca derecha sin que existan signos de peritonismo y pulsos distales conservados.

En la radiología simple se aprecia un aumento de partes blandas periarticulares e imágenes de osteólisis en cabeza femoral derecha con formaciones quísticas y geodas. Se realiza ECO abdominal, apareciendo múltiples masas retroperitoneales en ambos psoas hacia regiones ilíacas e inguinales, con compresión del paquete vascular ilíaco⁸. La tomografía computarizada (TC) abdómino-pélvica revela una colección de líquido en el interior del psoas, bilateral, con compresión de vasos ilíacos y vejiga urinaria. Se efectúa una RM donde se aprecian quistes sinoviales ectópicos gigantes en ambas caderas, más artropatía coxo-femoral bilateral secundaria a artritis reumatoide (fig. 1). Para descartar una posible patología infecciosa se realiza una gammagrafía con ^{99m}Tc/⁶⁷Ga con el resultado de proceso inflamatorio en la zona coxo-femoral derecha, con afectación de partes blandas adyacentes y posible absceso de fosa ilíaca derecha. Los estudios con eco-doppler descartaron TVP. En el cultivo del líquido sinovial (punción) en un principio se aísla *Staphylococcus hominis*, considerándose como posible contaminante. En cultivos posteriores se aísla *Staphylococcus aureus*. Los marcadores tumorales (FP, CEA y PSA) fueron negativos. Presentaba un aumento de la PCR, factor reumático positivo y elevación de la velocidad de sedimentación globular (VSG), siendo el resto de la analítica normal. La serología para *Brucella*, *Salmonella* y *Shigella* fue negativa.

Se instaura tratamiento antibiótico (levofloxacino 500 mg/12 h) en vista de los resultados del cultivo, y se decide intervenir quirúrgicamente la cadera derecha para realizar una sinovectomía de la misma. Abordaje de Smith-Petersen. Se procede a la exéresis de un enorme quiste reumatoideo (23 × 12 cm) que se extiende desde la cara posterior de la cadera, siguiendo el trayecto del psoas hacia la pelvis y la cara anterior del muslo (figs. 2 y 3). No se aprecia comunicación entre la bursa y la articulación de la cadera⁷. Durante la intervención se abre la sinovial, apareciendo un líquido



Figura 1. Corte coronal de resonancia magnética (RM) que muestra quistes sinoviales ectópicos gigantes. Se aprecia la disposición extrapelvica de los mismos y su paso a través del anillo inguinal, siguiendo el trayecto del psoas para expandirse de modo intrapelvico.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9357644>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9357644>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)