



## 160/888 - Quiste del labrum acetabular como causa infrecuente de coxalgia

J.M. López Campos<sup>a</sup>, M. López Sebio<sup>b</sup> y M. López Baña<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Ribeira. Santa Uxía de Ribeira. A Coruña. <sup>b</sup>Enfermera. Residencia do Maior. Santa Uxía de Ribeira. A Coruña. <sup>c</sup>Médico de Familia. Punto de Atención Continuada. Carballiño. Ourense.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 54 años, con antecedentes de DM tipo LADA de 18 meses de evolución y cirugía de cistolece seis meses antes, que aqueja dolor selectivo intenso, a punta de dedo, a nivel de región posterolateral de la cadera izquierda (región glútea), de intensidad creciente y tres meses de evolución, irradiado a ingle homolateral, que se agrava con la sedestación, impidiendo estar sentada sobre esa nalga, y decúbito supino, lo que determina severa alteración del descanso nocturno, sin respuesta al tratamiento analgésico instaurado (tramadol/paracetamol 37,5/325 mg). Deambulación autónoma, pero limitada.

**Exploración y pruebas complementarias:** No báscula pélvica. No disimetría de EEII. ROM activo y pasivo de la cadera normal. Tests de FLX\_RE, Fabere y compresión pélvica, negativos. Dolor a punta de dedo en región tercio medio-externo de región glútea, a nivel de los rotadores externos, que no se modifica con los movimientos de rotación. Test del piramidal negativo. Lasegue y Bragard negativos. Lasegue invertido positivo. Se solicita Rx en la que, aunque informada como "sin cambios significativos respecto a previas", se observa mínima disrupción en el borde acetabular.

**Juicio clínico:** Coxalgia por causas extraarticulares.

**Diagnóstico diferencial:** Lombocruralgia.

**Comentario final:** De acuerdo con la paciente, se realiza RMN en la que se objetiva la existencia de una formación quística polilobulada yuxtaarticular paralabral posterior izquierda, a nivel de la columna posterior del acetábulo, de 3,2 × 2,8 × 1,6 cm que impresiona como ganglión intraóseo con extensión a partes blandas. Tras este hallazgo, se deriva a la paciente a cirugía ortopédica, en donde, mediante artrotomía, se procede a la resección. Los gangliones intraóseos son lesiones seudotumorales de aspecto quístico, con paredes regulares, bien definidas y de contenido mucoso, que suelen aparecer en la edad adulta. Poco frecuentes, su patogenia es controvertida, habiéndose implicado, al observarse una mayor incidencia en enfermedades como la artritis reumatoide y en el síndrome de pinzamiento femoroacetabular, como factores causales, procesos traumáticos, degenerativos o inflamatorios en las articulaciones adyacentes. Aún cuando habitualmente constituyen un hallazgo casual y frecuentemente son asintomáticos, pueden ocasionar dolor de características mecánicas y asociarse a limitación funcional.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Mährlein R, Weiland G, Schmelzeisen H. Ganglion of the hip: report of five cases. *J South Orthop Assoc.* 2001;10:1-5.
2. Lim IGS, Berger M, Bertouch J. An unusual cause of pain in both hips. *Ann Rheum Dis.* 2003;62:510-1.
3. Günther KP, Hartmann A, Aikele P, Aust D, Ziegler J. Large femoral-neck cysts in association with femoroacetabular impingement: a report of three cases. *J Bone Joint Surg Am.* 2007;89:863-70.
4. Tannast M, Sieberock KA, Anderson SE. El atrapamiento femoroacetabular: diagnóstico radiográfico. Lo que el radiólogo debería saber. *Radiología.* 2008;50:271-84.
5. García Vivar ML, Galíndez Aguirregoikoa E, García Llorente JF, Aranburu Albizuri JM. Protocolo diagnóstico de la cadera dolorosa. *Medicine.* 2009;10:2229-32.