

Compresión de la vena femoral por quiste sinovial de la cadera

A. Duato Jané - J. M. Azcona Elizalde - M. C. Lorente Navarro - J. Ortiz de Solórzano

Unidad de Angiología y Cirugía Vasculard
Hospital Clínico Universitario. Zaragoza (España)

RESUMEN

Con motivo de la presentación de un caso de compresión de la vena femoral por quiste sinovial de la cadera, se hacen una serie de consideraciones sobre él y se comenta el diagnóstico diferencial.

SUMMARY

Owing to the presentation of a femoral vein compression by a synovial cyst in the hip, authors does several commentaries about differential diagnosis.

Introducción

Los edemas de las extremidades inferiores son una causa frecuente de consulta en Angiología y Cirugía Vasculard, debido en parte a las numerosas y diversas causas que los pueden producir.

Unas veces son afecciones sistémicas y los edemas se inician en los miembros inferiores por ser las partes más declives. Otras veces se presentan por trastornos de tipo regional, por afectación directa de las extremidades inferiores, ya sea a nivel del sistema venoso o linfático.

En cualquier caso, hay que realizar un estudio completo y diferencial de los posibles orígenes de dichos edemas, pues a veces son la primera señal de aviso de graves patologías.

En algunas ocasiones, nos encontramos con causas poco frecuentes, como es el caso que nos ocupa de una tumoración inguinal que comprime la vena femoral, produciendo un edema crónico en una extremidad inferior y que, por su rareza etiológica, nos hemos permitido aportar y realizar una revisión y valoración de los aspectos clínico-quirúrgicos más importantes.

Caso clínico

Se trata de un paciente varón, de 56 años, de profesión agricultor, que es remitido a nuestra consulta por presentar un edema de toda la extremidad inferior derecha, de varios meses de evolución y que no ha cedido con el tratamiento ins-

taurado por su médico de cabecera.

Asimismo, en la anamnesis refiere presentar una discreta tumoración inguinal derecha, desde hace varios años, que no le produce molestias, por lo que no se ha visitado nunca ni tampoco la ha relacionado con la inflamación de la extremidad, hasta tal punto que a su médico no le refirió la presencia de la misma.

A la exploración clínica destaca un edema blando de toda la extremidad inferior derecha, con signo de fovea positivo, y aumento de los perímetros a nivel de pierna y muslo derechos de 3 cm con relación a la extremidad contralateral. No presenta dolor a la palpación y los signos de Homans, Ollow, etc., son negativos.

También presenta una tumoración redondeada a nivel inguinal derecho, de unos 3,5 cm de diámetro, indolora, no adherida a planos superficiales pero sí a planos profundos, no pulsátil. No presenta ninguna otra adeno o visceromegalia. La exploración física de la cadera es normal.

Los estudios analíticos, bioquímicos y hematológicos no presentan alteraciones. La radiología simple de tórax, abdomen y pelvis son normales, así como el ECG.

La linfografía isotópica de extremidades inferiores, practicada con sulfuro de renio coloidal marcado con tecnecio 99 m, no objetiva hallazgos patológicos.



Fig. 1 - Flebografía preoperatoria, en la que se aprecia la compresión de la vena femoral común derecha.



Fig. 2 - Campo operatorio: tumoración redondeada que comprime por debajo al paquete vascular.



Fig. 3 - Imagen del quiste sinovial abierto.



Fig. 4 - Flebografía de control postoperatoria en la que se observa que ha desaparecido la compresión venosa.

contralateral valores de normalidad.

En la flebografía convencional de la extremidad inferior derecha se aprecia un defecto de opacificación a nivel de la vena femoral común, no observando alteraciones en el resto del sistema venoso (Fig. 1).

El sistema arterial de las extremidades inferiores es normal, tanto a la exploración clínica como funcional.

Con el diagnóstico de compresión extrínseca de la vena femoral común derecha, se le interviene quirúrgicamente mediante incisión longitudinal en el triángulo de Scarpa, comprobando la existencia de una tumoración por debajo de los vasos femorales, que comprime la vena femoral común claramente (Fig. 2), desplazando pero sin comprimirla a la arteria femoral común, de un tamaño aproximado de 5 x 4 cm, y que proviene de la articulación de la cadera; es de aspecto quístico y a la punción se extrae un líquido amarillento de aspecto sinovial.

Se procede a la apertura y vaciamiento de dicha tumoración quística (Fig. 3), reseccándola posteriormente, apreciándose la descompresión de la vena femoral.

El estudio histopatológico de la pieza confirma tratarse de un quiste sinovial o ganglión. En el postoperatorio inmediato se va reduciendo el edema, ayudado por un vendaje elastocompresivo.

La exploración clínica y funcional vascular a los 3 y 6 meses de la intervención son normales, habiendo desaparecido el edema por completo y encontrándose en estado de normotensión venosa.

La flebografía contrastada de control indica la buena permeabilidad de la vena femoral común derecha (Fig. 4).

Discusión

En presencia de un edema de las extremidades inferiores, debemos

El estudio ultrasónico por efecto doppler indica ausencia de trombosis venosa profunda y una competencia valvular normal. La determi-

nación de presiones venosas incruentas dieron valores de 80 mm de Hg para safena y tibial posterior derechas, obteniendo en la

descartar en primer lugar, las afecciones sistémicas que los pueden producir.

Las causas generales más frecuentes son las cardíacas, renales, hepáticas, hormonales, alérgicas, por alteraciones hidroelectrolíticas o por posiciones en declive mantenidas durante tiempo prolongado. Aparte de ser habitualmente bilaterales, en este tipo de edemas encontraremos la causa que los origina en la anamnesis, exploración clínica o pruebas complementarias pertinentes. En estas patologías, los edemas se inician en las partes más declives de los miembros inferiores, para más tarde irse generalizando.

Los edemas unilaterales indican en principio una etiología de tipo regional, que en forma esquemática puede deberse a dos tipos bien diferenciados: los edemas por alteración del retorno venoso o flebedemas y a los debidos a perturbación de la circulación linfática o linfedemas.

Los linfedemas pueden estar producidos por diversas causas (congénitos, secundarios, esenciales, etc.), pero su diagnóstico es sencillo en la mayoría de ocasiones por su aspecto clínico y las exploraciones complementarias, teniendo gran valor hoy día la linfografía isotópica (1).

Descartados todos estos tipos de edemas crónicos, nos quedarían en último lugar los de origen venoso, que por otra parte son los más frecuentes en la práctica clínica. Los flebedemas pueden ser debidos principalmente a insuficiencia venosa, trombosis venosa, síndrome postflebitico, fistulas arteriovenosas o compresión extrínseca.

Cuando el edema de una extremidad se acompaña de una tumoración a cualquier nivel próximo al paquete vascular cabe pensar, en principio, que el origen del edema está en la compresión externa de

la tumoración sobre la vena vecina, aunque pudiera ocurrir que se tratara de dos procesos concomitantes pero sin correlación entre ellos.

Las tumoraciones inguinales más frecuentes son las originadas por patología de los ganglios linfáticos inguino-cruales, ya sea de causa inflamatoria o tumoral, pudiendo descartarse su afectación por un método sencillo y rápido, como es la linfografía isotópica.

El posible origen arterial de la tumoración (aneurisma femoral) es fácilmente desechado por la exploración clínica, al no presentar latido ni expansión; y consideramos que no es necesaria la realización de un estudio arteriográfico.

También habrá de hacerse el diagnóstico diferencial con las hernias, preferentemente cruales, que pueden presentarse como tumoraciones blandas en la región inguinal, que disminuyen con el ortostatismo y aumentan con la tos.

La presencia de un quiste sinovial de la cadera es infrecuente, más bien raro (2, 3), aunque posible, puesto que esta formación quística se origina a partir de las cápsulas articulares o de las bolsas serotendinosas, pudiendo plantear problemas diagnósticos en la mayoría de las ocasiones (4). A nivel de la articulación de la rodilla son más frecuentes los llamados quistes sinoviales poplíteos o de Baker, que pueden producir cuadros de tromboflebitis o incluso en casos de ruptura de pseudotromboflebitis (5, 6). En ocasiones, pueden llegar a alcanzar dimensiones considerables (7).

Dada su rareza, todavía es más improbable que un quiste sinovial de la cadera produzca un compromiso vascular por compresión, como es el caso que presentamos o el publicado por **Scalco** (8), de características clínicas similares al nuestro.

La formación de estos quistes sinoviales o gangliones es discutida, existiendo diferentes tesis a las que hacemos referencia y no comentamos (4, 9, 10, 11, 12) para evitar la extensión de la presentación de este caso clínico, que como angiólogos es interesante por ser una rara tumoración que produce un cuadro de edema crónico en una extremidad inferior.

Conclusión

El quiste sinovial de la cadera es una entidad muy rara que puede plantear problemas de diagnóstico diferencial con los cuadros de edema crónico de los miembros inferiores.

Su patogenia no está aclarada, pero se trata de una afección benigna que produce pocas molestias clínicas, aunque a veces puede llegar a alcanzar tamaños gigantes.

Su tratamiento debe de ser quirúrgico, puesto que en su crecimiento puede comprimir y llegar a ocluir el trayecto venoso más próximo a esta tumoración.

BIBLIOGRAFIA

1. AZCONA, J. M.; LORENTE, M. C.; DUATO, A.; GARCIA, F.: Linfografía isotópica indirecta en el estudio de los edemas de los miembros. En: «Progresos en linfología», Jiménez Cossío, J. A., Jarpoy Ed., 355-364, 1978.
2. PARDO MONTANER, J.; TAMARIT, L. V.; PEIRO GONZALEZ, A.: Quiste sinovial de la cadera. Presentación de un caso. «Rev. Esp. Cir. Ort.», 14: 243-246, 1979.
3. SCHVINGT, E.; KATZNER, M.; STEINMETZ, A.: Tumeur inguinale par kiste synoviale de la hanche. «Rev. Chir. Orthop.», 61: 147-152, 1975.
4. WILLIAMS, R. A.; MARKS, L. J.: Synovial cyst causing an inguinal mass. «Br. Med. J.», 2: 91-92, 1978.
5. KILCOYNE, R. F.; IMRAY, T. J.; STEWART, E. T.: Ruptured Baker's cyst simulating acute thromboph-

- lebitis. «JAMA», 240: 1517-1518, 1978.
6. SIMPSON, F. G.; BARK, M.; ROBINSON, P. J.; LOSOWSKY, M. S.: Prospective study of thrombophlebitis and «pseudothrombophlebitis». «Lancet», 1: 331-333, 1980.
 7. VIOLA, S.; CARULLO, F.; CARUSO, E.; MONTEROSSO, N.; LA SPADA, M. N.; TRICOLI, D.: Il ganglio gigante dell'articolazione coxo-femorale. Osservazione personale. «Minerva Chir.», 36: 1115-1118, 1981.
 8. SCALCO, G. B.; LIBONI, A.; MANNELLA, P.; SORTINI, A.: Compresión de la vena iliaca externa derecha por un ganglio sinovial. «Angiología», 28: 7-11, 1976.
 9. ROBBINS, S. L.: «Patología estructural y funcional». Importécnica Ed. Madrid, 1975: 1418.
 10. PIULACHS, P.: «Lecciones de Patología quirúrgica II». Toray Ed., 1972.
 11. ANDERSON, J. R.: Patología de Muir. «Compendio de Anatomía patológica y Patología general». Espaxs Ed., 1982: 1069.
 12. DUTHIE, R. B.; BENTLEY, G.: «Cirugía ortopédica». Médici Ed., Barcelona, 1987: 935-937.

CINARIZINA ALONGA

MICRONIZADA

COMPOSICION: Comprimidos: Cada comprimido contiene: Cinarizina (D.C.I.), 75 mg Excipiente, c.s. Gotas: Cada ml (25 gotas) contiene: Cinarizina (D.C.I.), 75 mg Sacarina sódica, 1,25 mg Excipiente, c.s.p., 1 ml. **INDICACIONES:** Tratamiento a largo plazo de la insuficiencia cerebral y periférica, incluyendo claudicación intermitente, dolor en reposo y trastornos vasoespásticos. Ejemplo: Enfermedad de Raynaud. Trastornos del equilibrio; vértigos de origen central o periférico. Profilaxis de las cefaleas vasculares (jaquecas, migraña). A dosis inferiores, prevención del mareo cinético. **POSOLOGIA:** Dosis media recomendada: Adultos: 75 mg. (25 gotas o un comprimido) dos veces al día. Prevención del mareo cinético: 30 mg (10 gotas) dos horas antes de iniciar el viaje. Si es preciso, se administrarán posteriormente 15 mg (5 gotas) cada 8 horas. Modo de empleo: Mezclar las gotas de **Cinarizina Alonga** con agua y agitar hasta conseguir una suspensión homogénea. El agua pierde su transparencia y adquiere un aspecto opalescente. **CONTRAINDICACIONES:** No debe administrarse a pacientes con enfermedad de Parkinson o con sintomatología extrapiramidal. Fase aguda del ictus cerebral. **EFFECTOS SECUNDARIOS:** En casos poco frecuentes pueden aparecer ligera somnolencia, molestias digestivas, fatiga y reacciones cutáneas. Se han descrito también efectos anticolinérgicos, sequedad de boca, visión borrosa, etc. **ADVERTENCIAS:** La cinarizina puede causar somnolencia por lo que deberán tener precaución las personas que deban conducir vehículos o manejen maquinaria peligrosa. La seguridad del empleo de cinarizina en mujeres embarazadas no ha sido establecida. Aunque los estudios en animales de experimentación no han mostrado efectos teratogénicos, se recomienda no administrar el fármaco durante este período. Se desaconseja el consumo de bebidas alcohólicas durante el tratamiento. **INTERACCIONES:** Puede potenciar el efecto sedante de los depresores del sistema nervioso central (alcohol, barbitúricos, etc.) así como el efecto y/o toxicidad de anticolinérgicos y anti-depresivos tricíclicos. **PRECAUCIONES:** Deberá emplearse con cuidado en pacientes con glaucoma e hipertrofia prostática. Si aparecieran síntomas extrapiramidales debe suspenderse inmediatamente el tratamiento. **SOBREDOSIFICACION:** No existen antidotos específicos. En caso de ingestión masiva accidental se recomienda lavado gástrico y tratamiento sintomático habitual. **PRESENTACION Y P.V.P. IVA:** Comprimidos: Caja con 30 comprimidos, 395 ptas. Gotas: Frasco con 30 ml. 428 pesetas.

