

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 x 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.



Figura 2. Imagen intraoperatoria de la exéresis de un enorme quiste reumatoideo, para la que se utilizó un abordaje de Smith-Petersen. Se puede observar la imagen en «reloj de arena» correspondiente al estrechamiento del anillo inguinal.



Figura 3. Pieza quirúrgica de grandes dimensiones (23 x 12 cm). El contenido quístico era un líquido serofibrinoso sin apariencia infecciosa.

turbio fibrinoso sin apariencia séptica. Se recogen muestras para cultivo y anatomía patológica. El resultado de la biopsia es compatible con sinovitis reumatoidea.

Se decide realizar cirugía protésica en un segundo tiempo, tras descartarse la etiología infecciosa, implantándose una prótesis total de cadera derecha⁹. Durante la intervención se aprecia una gran destrucción de la cabeza femoral, con quistes y geodas acetabulares que se rellenan de injerto autólogo extraído de la cabeza femoral.

El diagnóstico definitivo es el de bursitis bilateral del psoas, con crecimiento ectópico en pelvis y edema secundario a compresión vascular pélvica. El paciente mejora de sus síntomas con una remisión importante, aunque no total, del edema.

Dos meses después de la intervención el paciente sufre un tromboembolismo pulmonar agudo del pulmón derecho,

del que se recupera con tratamiento anticoagulante¹⁰. Actualmente continúa en tratamiento en el Servicio de Reumatología por su enfermedad de base.

DISCUSIÓN

Los quistes sinoviales en pacientes con artritis reumatoide raramente se pueden desarrollar como una masa antero-interna en la ingle, provocando dolor y alteraciones en la deambulacion¹¹. Éstos se presentan como una masa expansiva en la región inguinal, pudiendo presentar distensión y compresión de estructuras vasculonerviosas, entre ellas la vena iliaca o femoral, produciendo edemas graves y cuadros de pseudo-trombosis y dolor radicular por irritación o atrapamiento del nervio femoral^{4,11}. Otras veces, la expansión superior provoca una compresión del colon sigmoide, vejiga o uréteres^{2,11}.

La etiología de estos quistes es desconocida, pero podría deberse a la distensión del líquido sinovial en la cápsula de la cadera, provocando una herniación o comunicación entre la bolsa del psoas y la articulación. El tratamiento quirúrgico mediante exéresis está indicado cuando existe distensión de repetición, compromiso neurovascular o infección¹¹. Como peligro potencial a tener en cuenta en estos pacientes se encuentran el embolismo pulmonar por oclusión de la vena iliaca o femoral¹⁰.

En conclusión, la bursitis del iliopsoas debería sospecharse en pacientes con artritis reumatoide y larga historia de enfermedad, pudiendo presentarse como una masa inguinal, dolor persistente de cadera o edema unilateral de la pierna. La falta de comunicación entre la articulación de la cadera y la bursa debe ser considerada como un factor pronóstico favorable⁷. Como demuestra este raro caso, los síntomas pueden ser confusos, y el síndrome típico de la masa sensible en la ingle con una historia de artritis reumatoide puede estar ausente. No podemos olvidar en este tipo de pacientes la reparación de su patología articular de base, motivo por el cual seguirán persistiendo los síntomas dolorosos y de incapacidad funcional, aunque solucionemos los problemas derivados de la bursitis⁹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fortin L, Belanger R. Bursitis of the iliopsoas: four cases with pain as the only clinical indicator. *J Rheumatol.* 1995; 22:1971-3.
2. Yamamoto-Tetsuji MD, Marui-Takashi MD, Akisue-Toshihiro MD, Yoshiya-Shinichi MD, Hitora-Toshiaki MD, Kurosaka-Masahiro MD. Dumbbell-Shaped iliopsoas bursitis penetrating the pelvic wall: a rare complication of hip arthrodesis: a case report. *J Bone Joint Surg Am.* 2003;85-A:343-5.
3. Toohey AK, LaSalle TL, Martínez S, Polisson RP. Iliopsoas bursitis: clinical features, radiographic findings, and disease associations. *Semin Arthritis Rheum.* 1990;20:41-7.

4. Kozlov DB, Sonin AH. Iliopsoas bursitis: Diagnosis by MRI. *J Comput Assist Tomogr.* 1998;22:625-8.
5. Pellman E, Kumari S, Greenwald R. Rheumatoid iliopsoas bursitis presenting as unilateral leg edema. *J Rheumatol.* 1986;13:197-200.
6. Weinreb JC, Cohen JM, Maravilla KR. Iliopsoas muscles: MR study of normal anatomy and disease. *Radiology.* 1995; 156:435-40.
7. Generini S, Matucci-Cerinic M. Iliopsoas bursitis in rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol.* 1993;11:549-51.
8. Bianchi S, Martinoli C, Keller A, Bianchi-Zamorani MP. Giant iliopsoas bursitis: sonographic findings with magnetic resonance correlations. *J Clin Ultrasound.* 2002;30: 437-41.
9. Bystrom S, Adalberth G, Milbrink J. Giant synovial cyst of the hip: an unusual presentation with compression of the femoral vessels. *Can J Surg.* 1995;38:368-70.
10. McLaughlin GE. Sudden death in rheumatoid arthritis: pulmonary embolism-a fatal complication of iliopsoas bursitis. *J Clin Rheumatol.* 2002;8:208-11.
11. Bomalsky JS, Ralph-Schumacher H. Artritis y situaciones relacionadas. En: Steinberg ME, editor. *La cadera: diagnóstico y tratamiento de su patología.* Argentina, Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1993. p. 556-7.

Conflicto de intereses. Los autores no hemos recibido ayuda económica alguna para la realización de este trabajo. Tampoco hemos firmado ningún acuerdo por el que vayamos a recibir beneficios u honorarios por parte de alguna entidad comercial. Por otra parte, ninguna entidad comercial ha pagado ni pagará a fundaciones, instituciones educativas u otras organizaciones sin ánimo de lucro a las que estemos afiliados.