

Ganglión de la articulación acromioclavicular

M. CRESPO PEÑA, V. BENAVIDES SIERRA*

Especialista en Reumatología y en Medicina Familiar y Comunitaria. *Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de la Media Legua. Área 1. INSALUD. Madrid

Ganglion of the acromioclavicular joint

RESUMEN

Los gangliones o quistes sinoviales son tumores quísticos benignos que surgen asociados a una estructura articular o vaina tendinosa, cuya localización más frecuente es el dorso de la muñeca y del tobillo. Se describe un paciente con un ganglión de localización poco común, dependiente de la articulación acromioclavicular, asociado a una patología degenerativa crónica del hombro. Se revisan las manifestaciones clínicas, el diagnóstico y el manejo terapéutico de este proceso.

Palabras clave: Ganglión. Quiste sinovial. Articulación acromioclavicular. Hombro.

ABSTRACT

Ganglia or synovial cysts are benign cystic swellings arising associated with a joint or tendon sheath, most commonly located at dorsum of wrist and ankle. A patient with an unusual ganglion location, dependent from the acromioclavicular joint, and associated with chronic degenerative arthropathy of shoulder, is described. Clinical symptoms, diagnosis and therapeutic approach are reviewed.

Key words: Ganglion. Synovial cyst. Acromioclavicular joint. Shoulder.

INTRODUCCIÓN

Los gangliones o quistes sinoviales son tumores quísticos benignos que surgen asociados a una estructura sinovial, formándose a expensas de una articulación o vaina tendinosa. Son lesiones con una incidencia relativamente frecuente, y su localización más común con diferencia es el dorso de la muñeca, siendo asimismo habituales los gangliones en el dorso del pie (tobillo y tarso) y en las vainas de los tendones flexores de los dedos de la mano¹. Se han descrito gangliones originados de otras muchas articulaciones, generalmente las grandes articulaciones de los miembros

(rodilla, articulación coxofemoral, glenohumeral)².

Presentamos el caso de una paciente con un ganglión de la articulación acromioclavicular, en el que la lesión se asocia a una patología degenerativa crónica del hombro. La localización acromioclavicular del ganglión de nuestra paciente es excepcional, y han sido descritos muy pocos casos en la literatura³⁻⁷.

Se pretende resaltar el papel del médico de Atención Primaria en el manejo de esta patología, tan frecuente como benigna, y con un diagnóstico sencillo que se basa en la exploración física. Asimismo, es necesario concienciar a los clínicos en

Recepción: 04-04-02
Aceptación: 07-06-02

que esta lesión puede presentarse en localizaciones tan poco frecuentes como la articulación acromioclavicular, aunque su manejo es similar al de otras localizaciones más comunes.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

La paciente es una mujer de 66 años, con antecedentes de obesidad, poliartritis, úlcera duodenal secundaria a AINE, intervenida quirúrgicamente de fístula anal, y en tratamiento con meloxicam (7,5 mg/día), omeprazol (20 mg/día) y bromazepam (1,5 mg/día).

La paciente consultó por presentar un bulto en el hombro derecho, de varias semanas de evolución, no doloroso, sin traumatismo ni factor desencadenante previo reconocible. Refería haber padecido múltiples episodios de dolor de evolución crónica en el hombro implicado, acompañados de dificultad para realizar movimientos de elevación y retroversión del brazo, que habían sido tratados con diversos AINE experimentando mejoría.

En la exploración, presentaba una tumoración redondeada de 2 cm de diámetro, localizada en la región superior del hombro derecho, adyacente al extremo distal de la clavícula y articulación acromioclavicular (Fig. 1). No se evidenciaban signos inflamatorios cutáneos perilesionales. A la palpación, la superficie de la lesión era lisa, no dolorosa y parcialmente fluctuante, estando adherida a planos profundos.

La palpación de la interlínea glenohumeral anterior era dolorosa, y existía una limitación en los últimos grados de movilidad activa y pasiva del hombro en todos los planos, más acusada en los movimientos de abducción y rotación externa. No se objetivaron lesiones compatibles con adenopatías supraclaviculares ni laterocervicales.

En la radiografía anteroposterior del hombro se evidenció, en la articulación acromioclavicular, la existencia de esclerosis de los márgenes articulares, pinzamiento de la interlínea y osteofitos. Asimismo, se objetivaban osteofitos en el margen de la cabeza humeral, junto con una elevación de la misma, que condicionaba una disminución del espacio subacromial, siendo estos hallazgos compatibles con el diagnóstico de artrosis glenohumeral y acromioclavicular, asociados a una probable rotura completa de los tendones del manguito rotador. No se evidenciaron lesiones de partes blandas en la localización de la tumoración (Fig. 2).

Se procedió a la punción de la lesión, obteniéndose por aspiración 1,5 ml de material de coloración amarillento y consistencia gelatinosa, que permitió confirmar el diagnóstico de ganglión (quiste sinovial) de la articulación acromioclavicular.

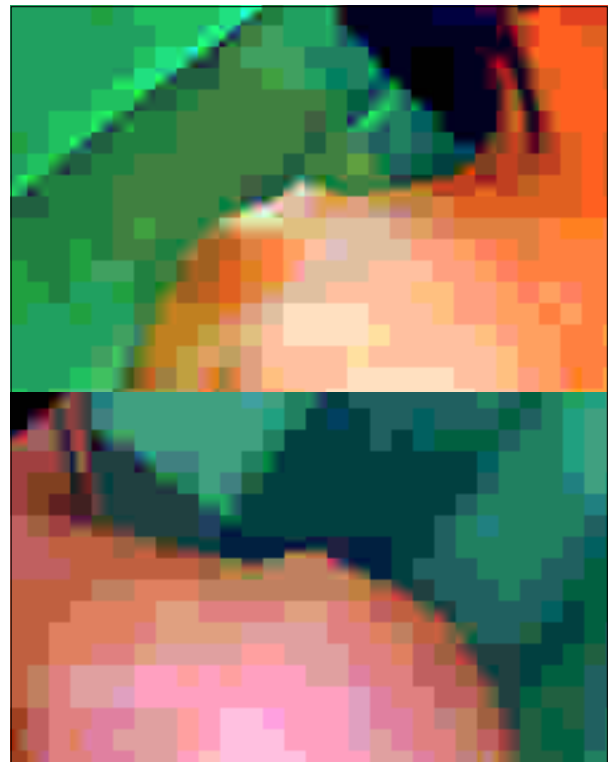


Figura 1

Tumoración redondeada adyacente a la articulación acromioclavicular.

Seis meses después de su aspiración, el ganglión ha recidivado. No se objetiva progresión en la limitación de la movilidad del hombro, y la paciente no refiere síntomas relacionados con el ganglión.

DISCUSIÓN

El ganglión es una lesión de partes blandas que puede aparecer a cualquier edad, aunque es más frecuente en adultos jóvenes. Su incidencia es mayor en las mujeres¹. Se trata de estructuras saculares, de tamaño variable, que se comunican de una forma más o menos evidente con la articulación o vaina tendinosa con la que se asocian⁸.

En la mayoría de los pacientes, sobre todo en los jóvenes, la etiología es idiopática, y no se asocia a ninguna patología reumatológica subyacente. Sólo en ocasiones se documenta una historia de traumatismo o microtraumatismos de repetición previos. Otras veces, el ganglión aparece en el contexto de alguna patología osteoarticular que condiciona el desarrollo del ganglión, como la artrosis, la artritis reumatoide y otras artropatías inflamatorias crónicas, o lesiones meniscales y ligamentosas².

Los gangliones descritos en la articulación acromioclavicular aparecen en individuos de edad avanzada, y parecen estar asociados de forma casi cons-

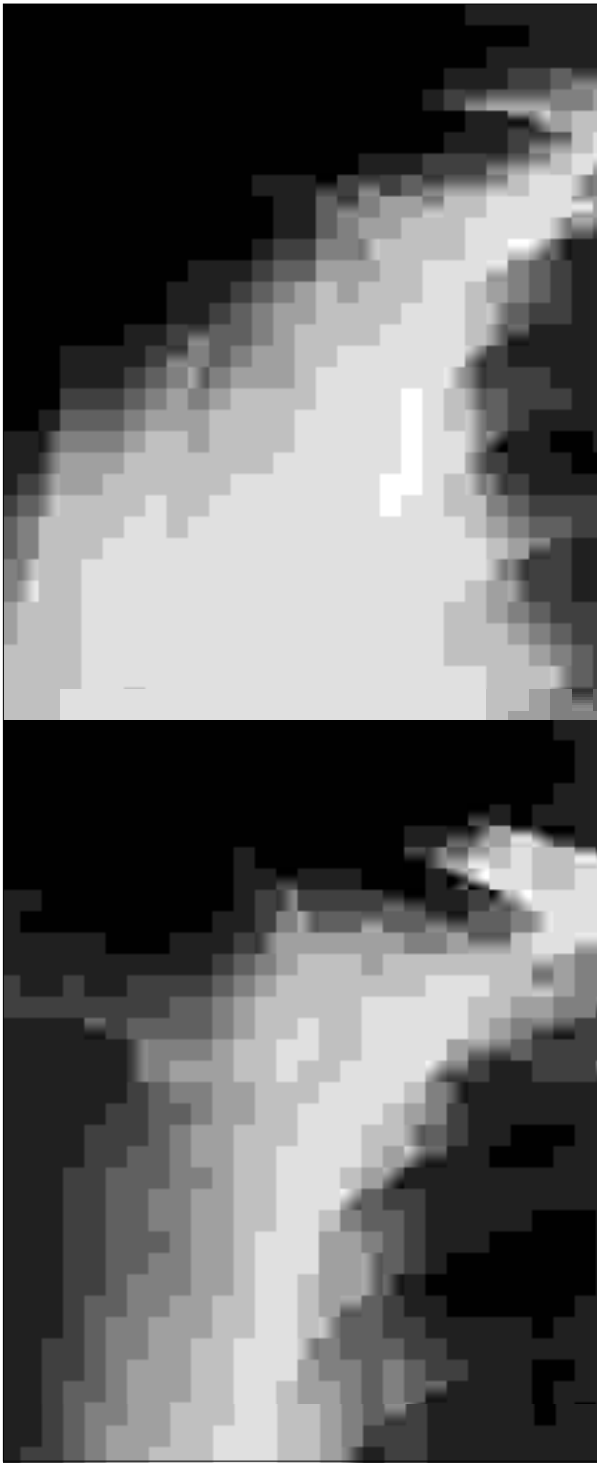


Figura 2

Rx anteroposterior del hombro: Se observa una disminución de la distancia entre el acromion y la cabeza humeral por ascenso de ésta. Existen osteofitos en el margen de la cabeza humeral, así como esclerosis y osteofitos en la articulación acromioclavicular.

tante a patología degenerativa de la articulación acromioclavicular y lesiones evolucionadas del manguito rotador (roturas tendinosas masivas)³⁻⁶.

Por tanto, la presencia de un ganglión acromioclavicular hace imperativa la evaluación del paciente para detectar la presencia de estas lesiones asociadas. En nuestro paciente, el ganglión acromioclavicular está asociado a una artropatía degenerativa crónica del hombro, ya que en el estudio radiológico se evidencian signos artrósicos tanto en la articulación acromioclavicular como en la glenohumeral. Además, la elevación relativa de la cabeza humeral, con disminución de la distancia acromio-humeral, hace muy probable la existencia de una tendinopatía degenerativa del manguito de los rotadores, con adelgazamiento y/o rotura del mismo.

Se desconoce la patogenia de los gangliones, aunque se ha postulado la existencia de un mecanismo valvular unidireccional en la comunicación entre la articulación y el ganglión, que condicionaría el acúmulo y concentración del líquido sinovial en el ganglión^{1,9}.

Los gangliones suelen ser indoloros, y cuando originan síntomas, estos suelen ser muy discretos, en forma de molestias cuando se moviliza la articulación o estructura tendinosa de la que dependen. Su aspecto a la exploración es el de una tumoración de superficie lisa y bien delimitada, redondeada, de tamaño muy variable, no dolorosa o poco dolorosa a la palpación. Su consistencia es variable, desde dura hasta blanda y fluctuante, en función de la tensión del contenido del ganglión. No se adhiere a la piel adyacente, que tiene un aspecto normal, sin signos inflamatorios.

Aunque puede aparecer súbitamente, por lo general crece a un ritmo lento, no es raro que en su evolución desaparezca de forma espontánea. También se pueden apreciar cambios del tamaño en relación con el movimiento articular. No suele presentar complicaciones ni afecta a la función articular, excepto cuando por su volumen origina compresiones nerviosas o limitación de la movilidad articular. La rotura de un ganglión o su infección son excepcionales.

El diagnóstico del ganglión es fundamentalmente clínico, y se basa en la exploración física de la lesión. En cuanto a las pruebas complementarias de imagen, la radiología simple únicamente muestra un aumento de partes blandas, o la existencia de lesiones en la articulación cuando el ganglión se asocia a alguna patología reumatológica. El diagnóstico de confirmación se efectúa mediante ecografía o resonancia magnética, que permite comprobar la naturaleza quística y el contenido líquido de la lesión sin evidencia de flujo. Estos medios diagnósticos han desplazado a otra técnica invasiva como la artrografía^{2,10}. Las técnicas de imagen posibilitan el diagnóstico diferencial con otras lesiones que pueden tener una apariencia similar a la exploración (neoplasias benignas o malignas, adenopatías, hematomas, aneurismas).

La punción diagnóstica o terapéutica de un ganglión debe efectuarse con agujas de grueso calibre, debido a que el contenido del ganglión está concentrado y es de una consistencia gelatinosa, mucho más viscoso que el líquido sinovial normal. En ocasiones la aspiración de este material es lenta y dificultosa.

El manejo terapéutico del ganglión debe ser básicamente conservador, tranquilizando al paciente y asegurándole la benignidad del proceso y la rareza de las complicaciones. Lo más razonable es adoptar una actitud expectante, ya que con frecuencia los gangliones pueden involucionar y desaparecer espontáneamente, lo que refuerza todavía más este manejo conservador. Aunque pueden desaparecer tras ejercer sobre ellos una presión (maniobras de aplastamiento), lo habitual es que recidiven. No se ha demostrado que los AINEs sean efectivos.

Cuando el ganglión produce síntomas, alcanza un tamaño considerable o se objetiva un crecimiento del mismo, así como por motivos estéticos, se puede intentar su tratamiento mediante la evacuación del quiste por punción, que puede ser acompañada por la infiltración de un corticoide de formulación depot. También son muy frecuentes las

recidivas tras la infiltración. En estos casos se debe considerar el tratamiento quirúrgico, en el que se debe extirpar el ganglión junto con su pedículo de comunicación con la cápsula articular, para prevenir las recurrencias que se producen tras la excisión simple del quiste⁹.

En los pacientes con gangliones de la articulación acromioclavicular, se ha demostrado que un tratamiento quirúrgico basado en la extirpación exclusiva del ganglión es ineficaz, ya que recidiva si no se efectúa un tratamiento efectivo de las lesiones del manguito rotador y de la articulación acromioclavicular asociadas³⁻⁶. En nuestra paciente, dado el carácter asintomático del ganglión y el aceptable grado de capacidad funcional del hombro, se decidió efectuar tratamiento rehabilitador, manteniendo una actitud expectante.

CORRESPONDENCIA:

Mariano Crespo Peña
Camino de Vinateros, 105
28030 Madrid
e-mail: crespopena@teleline.es

Bibliografía

1. Thornburg LE. Ganglions of the hand and wrist. *J Am Acad Orthop Surg* 1999; 7: 231-8.
2. Steiner E, Steinbach LS, Schnarkowski P, Tirman PFJ, Genant HK. Ganglia and cysts around joints. *Radiol Clin North Am* 1996; 34: 395-425.
3. Postacchini F, Perugia D, Gumina S. Acromioclavicular joint cyst associated with rotator cuff tear. A report of three cases. *Clin Orthop* 1993; 294: 111-3.
4. Groh GI, Badwey TM, Rockwood CA Jr. Treatment of cysts of the acromioclavicular joint with shoulder hemiarthroplasty. *J Bone Joint Surg Am* 1993; 75-A: 1790-4.
5. Lizaur Utrilla A, Marco Gomez L, Perez Aznar A, Cebrian Gomez R. Rotator cuff tear and acromioclavicular joint cyst. *Acta Orthop Belg* 1995; 61: 144-6.
6. Le Huec JC, Zipoli B, Schaeverbeke T, Moinard M, Chauveaux D, Le Rebeller A. Kyste de l'articulation acromioclaviculaire. Traitement chirurgical. *Acta Orthop Belg* 1996; 62: 107-12.
7. Segmüller HE, Saies AD, Hayes MG. Ganglion of the acromioclavicular joint. *J Shoulder Elbow Surg* 1997; 6: 410-2.
8. Canoso JJ. Bursitis, tenosynovitis, ganglions, and painful lesions of the wrist, elbow, and hand. *Curr Opin Rheumatol* 1990; 2: 276-81.
9. Bienz T, Raphael JS. Arthroscopic resection of the dorsal ganglia of the wrist. *Hand Clinics* 1999; 15: 429-34.
10. Treadwell EL. Synovial cysts and ganglia: The value of Magnetic Resonance Imaging. *Semin Arthritis Rheum* 1994; 24: 61-70.