

Quiste sinovial de la cadera provocando ciática. A propósito de un caso

Synovial cyst of the hip joint causing sciatica. Case report

Julián Castro Castro¹, Juan Antonio Blanco Novoa², Jon Rodiño Padin³

¹Servicio de Neurocirugía, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. Ourense, España.

²Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. Ourense, España.

³Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo. Pontevedra, España.

Resumen

El término ciática describe el dolor en la parte inferior de la espalda y la cadera que se irradia por la parte posterior del muslo hacia la pierna. Es muy común y tiene una incidencia a lo largo de la vida del 13%-40%. El prolapso del disco intervertebral es la causa más habitual de ciática. Otras causas menos frecuentes de ciática son las fracturas pélvicas, los tumores pélvicos, el síndrome del piriforme o la sacroileítis. Los quistes sinoviales acetabulares son comunes. Pueden ser asintomáticos o causar dolor y restricción en la articulación de la cadera. En raras ocasiones pueden causar compresión de estructuras neurovasculares locales como la vena femoral y los nervios femoral, obturador y ciático. Presentamos, el caso de una mujer de 31 años con clínica de ciática izquierda secundaria a un quiste sinovial localizado en la cara posterior de la articulación de la cadera.

Palabras clave: Articulación de la cadera, ciática, disco intervertebral, imagen de resonancia magnética, quiste sinovial.

Abstract

The term sciatica describes pain in the lower back and hip that radiates down the back of the thigh into the leg. It is very common and carries a lifetime incidence of 13%-40%. The prolapse of the intervertebral disc is the most common cause of sciatica. Other less frequent causes of sciatica are pelvic fractures, pelvic tumors, piriformis syndrome or sacroiliitis. Acetabular synovial cysts are common. They may be asymptomatic or cause pain and restriction at the hip joint. On rare occasions they can cause compression of local neurovascular structures such as the femoral vein and the femoral, obturator and sciatic nerves. We report the case of a 31-year-old woman with symptoms of left sciatica caused by a synovial cyst located on the posterior aspect of the hip joint.

Key words: Hip joint, sciatica, intervertebral disc, magnetic resonance imaging, synovial cyst.

Introducción

El prolapso del disco vertebral y la estenosis del canal lumbar son las causas más habituales de ciática. Las causas extraespinales de neuralgia del nervio ciático son habitualmente pasadas por alto por su escasa frecuencia y las causas intraespinales suelen ser las primeras a tener en cuenta^{1,2}.

Los quistes sinoviales (QS) son lesiones benignas que se suelen formar en las grandes articulaciones, tales como

hombro, rodilla, codo y con menor frecuencia cadera. Si el QS está asociado con un desgarramiento en el labrum acetabular, se denominan quistes labrales o parabolrales. Los QS pueden provocar dolor o inestabilidad en la cadera, pero es poco frecuente que compriman estructuras neurales adyacentes. Su ubicación más habitual es anterior a la articulación, por lo que el nervio que comprimen con mayor frecuencia es el femoral^{3,4}.

El presente trabajo presenta un caso inusual de QS de la cadera provocando compresión sintomática del nervio ciático.

Correspondencia a:

Julián Castro Castro
juliancastrocastro@yahoo.es

Caso clínico

Se recoge el caso de una paciente, mujer de 31 años que presentaba un cuadro de larga evolución de dolor lumbar bajo. No presentaba antecedentes médicos de interés.

En los 6 meses previos el dolor lumbar bajo se acompañó de episodios ocasionales de irradiación a extremidades inferiores sin pasar de la rodilla, siendo tratado de manera conservadora con terapia física y analgesia de primer escalón. Fue solicitada una resonancia magnética (RM) de columna lumbar en la que se apreciaban cambios degenerativos leves lumbares bajos, con discopatías L4-L5 y L5-S1 y estenosis foraminales a ambos niveles (Figura 1A y 1 B). La paciente fue remitida a consulta para valoración quirúrgica por empeoramiento de la clínica en los últimos 3 meses, con mayor dolor irradiado por la extremidad inferior izquierda, llegando hasta el pie. Había sido tratada por la Unidad del Dolor con analgesia hasta fármacos de tercer escalón (opioides po-

tentes y coadyuvantes, probando fentanilo transdérmico y gabapentina inicialmente con posterior cambio a tapentadol oral y pregabalina) e inyecciones epidurales lumbares, sin adecuado control de dolor.

En el momento de ser valorada en consulta la paciente presentaba fuerza y sensibilidad normales en ambas extremidades inferiores, con reflejos presentes no patológicos. Al elevar la extremidad inferior izquierda se desencadenaba dolor lumbar bajo y en la región de la nalga, sin clara irradiación por la extremidad. Presentaba dolor leve en la rotación externa de la cadera y a la palpación de la escotadura ciática izquierda y articulación sacroilíaca.

Ante la discordancia entre la localización de la compresión en la RM de columna y los hallazgos clínicos, se decidió repetir de nuevo el estudio de columna lumbar y se solicitó una RM de pelvis y un electroneuromiograma (ENMG).

El ENMG mostró un patrón neurógeno crónico leve en territorios L5 y S1 bilaterales de predominio derecho.

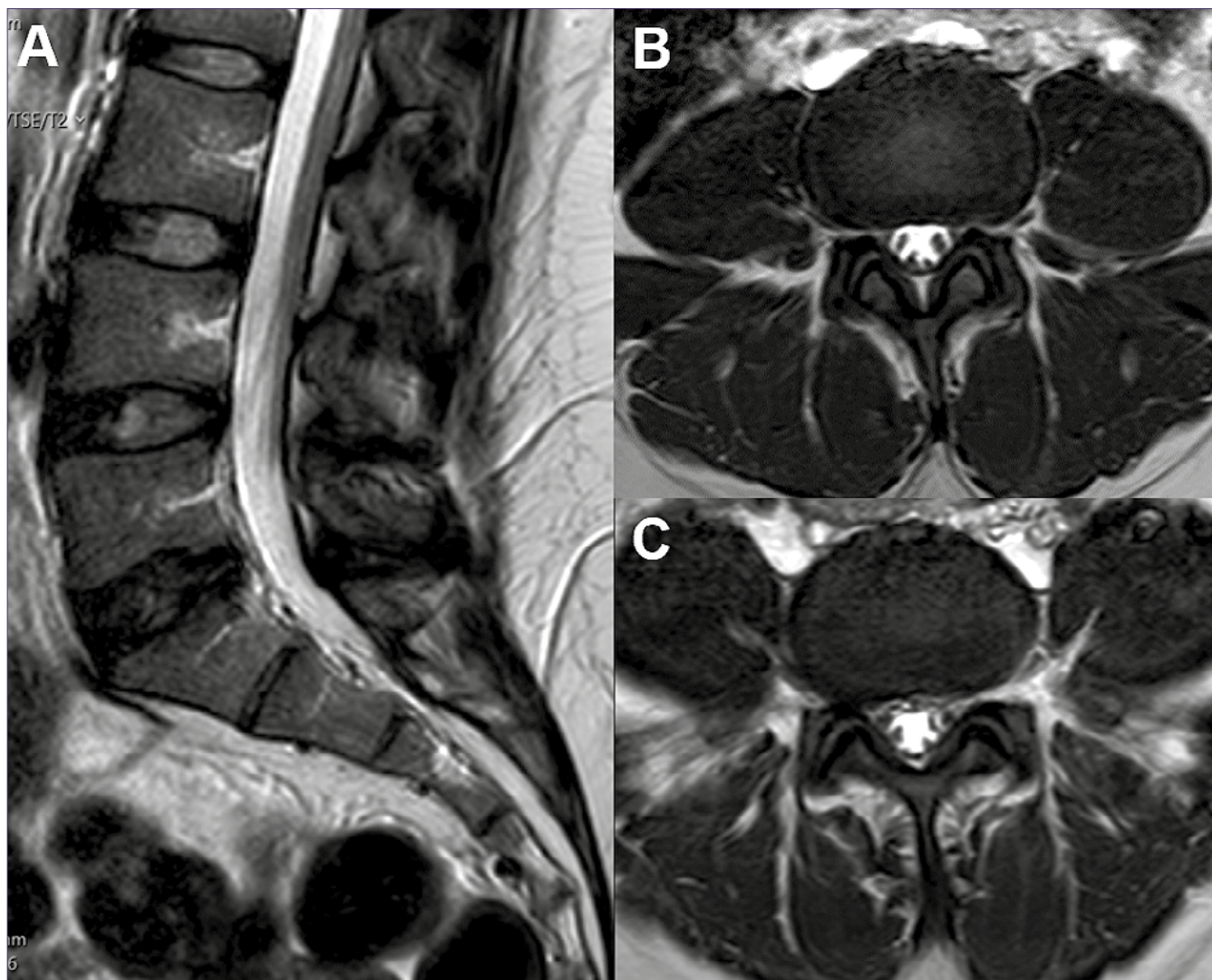


Figura 1. 1A: Imagen de RM de columna lumbar, corte sagital secuencia T2, mostrando el canal vertebral central de diámetro normal; 1B: Imagen de RM de columna lumbar, corte axial secuencia T2 a nivel de L4-L5, con estenosis foraminal bilateral, más marcada en el lado izquierdo; 1C Imagen de RM de columna lumbar, corte axial secuencia T2 a nivel de L5-S1 con estenosis foraminal bilateral, más evidente en el lado derecho.

Tabla 1.

Causas de neuropatía ciática extraespinal ^{2,5,6}	
Patología traumática	Inyecciones intramusculares, fracturas, hematomas, cirugía abdominal
Patología inflamatoria	Sacroileítis
Tumores primarios del nervio ciático	Schwannoma, neurolinfomatosis, etc
Tumores que comprimen o invaden el nervio ciático	Masas primarias intrabdominales o intrapélvicas; o tumores secundarios originados en las partes blandas o estructuras óseas en vecindad. Metastasis endoneurales, linfoma
Patología vascular	Aneurismas, malformaciones arteriovenosas o fístulas arteriovenosas
Otras causas	Endometriosis, leiomioma, adenomiosis, útero en retroversión, salpingitis, síndrome piriforme, radioterapia, embarazo, etc

La RM de columna lumbar no mostraba grandes cambios respecto a la previa, con cambios degenerativos lumbares bajos, con estenosis foraminal bilateral de predominio izquierdo en L4-L5 y derecho en L5-S1.

En el estudio de RM de pelvis (Figura 2A, 2B y 2C) se visualizaba un engrosamiento difuso e hiperseñal del nervio ciático izquierdo, visualizándose a nivel del foramen ciático una lesión de 17x10 mm, hiperseñal en secuencia STIR,

hiposeñal en secuencia T1 sin realce tras la administración de gadolinio, presentado un pedículo que comunicaba con la articulación de la cadera izquierda.

Ante los hallazgos de imagen se decidió tratar la lesión articular. Se realizó un abordaje posterolateral, con disección del tensor de la fascia lata y desinserción de los rotadores. Se realizó neurlisis ciática desde la salida de la escotadura hasta el tercio superior del muslo. Se identificó la lesión ven-

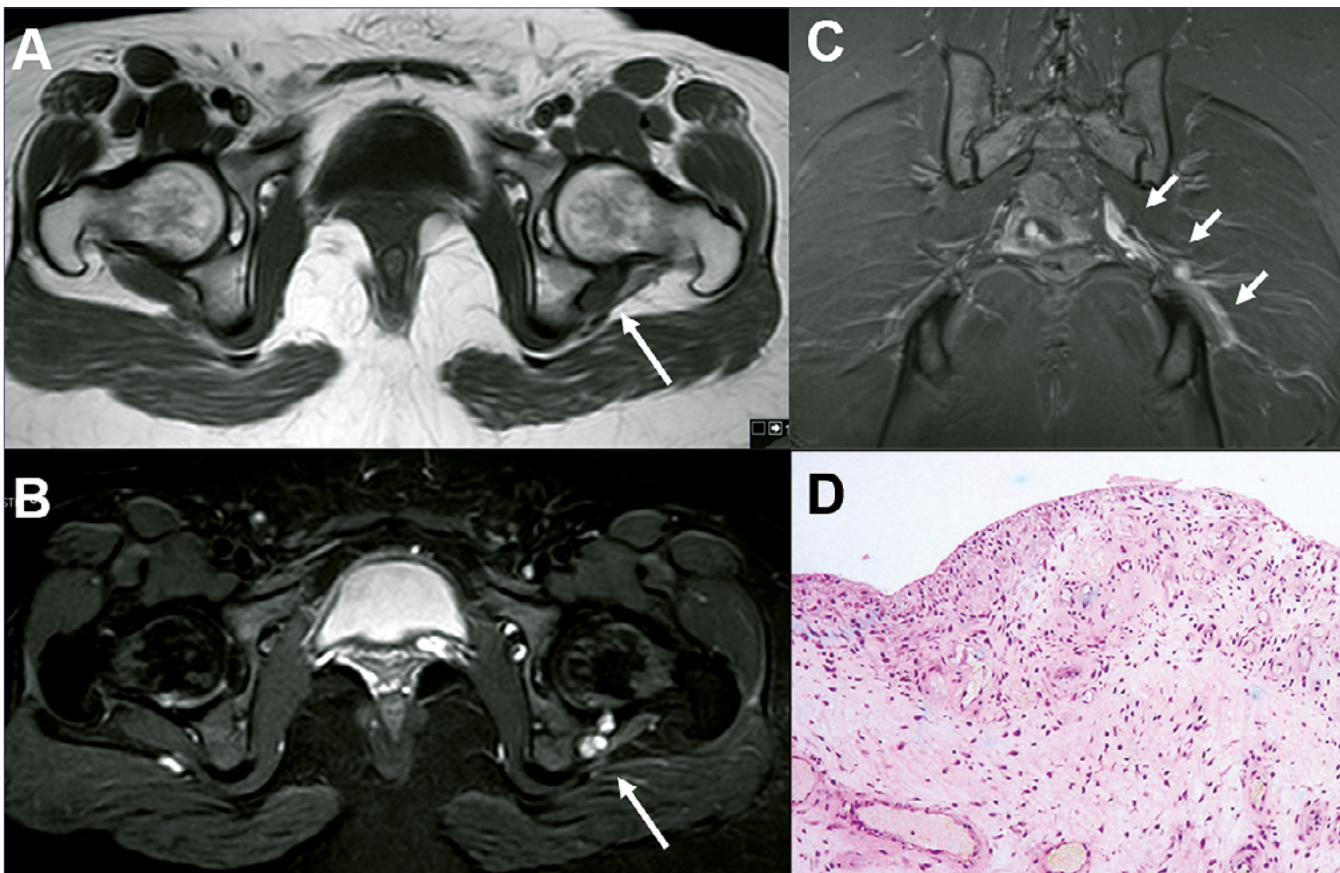


Figura 2. 2A: Imagen de RM de pelvis, corte axial secuencia T1. Flecha blanca mostrando la lesión quística hiposeñal adyacente a la articulación de la cadera izquierda; 2B: Imagen de RM de pelvis, corte axial secuencia STIR, la flecha blanca muestra la misma lesión, hiperseñal en esta secuencia y con varias localizaciones; 2C: Imagen de RM de pelvis, corte coronal secuencia STIR, las flechas muestran la hiperseñal por neuropatía compresiva a lo largo del trayecto del nervio ciático; 2D: Imagen de anatomía patológica, hematoxilina eosina 100 aumentos, se aprecia el quiste revestido focalmente por células sinoviales con tejido subepitelial que muestra inflamación crónica y aumento de la vascularización.

tral al nervio y próxima a la articulación realizándose exéresis completa de la misma y se suturó el desgarro en el labrum.

El posoperatorio cursó sin incidencias ni complicaciones a destacar. La paciente presentó mejoría progresiva del dolor, pudiendo suspender la medicación analgésica a las 6 semanas de la intervención. El estudio anatomopatológico (Figura 2D) mostró una lesión quística, con un recubrimiento de células sinoviales y tejido fibroconectivo, todo ello compatible con el diagnóstico de quiste sinovial.

Discusión

El término *ciática* o *ischias* fue empleado en la antigua Grecia para describir el dolor en la región del la cadera o el muslo. En el siglo XIX, las enfermedades del disco vertebral fueron identificadas, y en 1864 Lasègue describió un test que provocaba dolor ciático. En 1934, Mixter y Barr concluyeron que el prolapso del disco vertebral comprimiendo las ramas adyacentes del nervio ciático producían los síntomas. El término *ciática* sin embargo, incluye a cualquier dolor que sea transmitido a lo largo del curso del nervio ciático o de alguna de sus ramas^{1,5}.

La *ciática* debida a la hernia de disco lumbar suele empezar de manera aguda, y el dolor empeora con las maniobras de Valsalva. El examen físico suele mostrar un signo de Lasègue positivo que puede ir acompañado de algún déficit sensitivo o motor. En el 90% de los pacientes la *ciática* está provocada por una hernia de disco lumbar, que puede llegar a tener una incidencia a lo largo de la vida de 13% a 40% de la población. Otras patologías de la columna lumbar tales como la estenosis de canal o la espondilolistesis suelen ser causas habituales de este tipo de síntomas, aunque su comienzo suele ser más insidioso^{2,6}.

La compresión del nervio ciático más allá de la columna vertebral (pélvico o extrapélvico), también puede generar síntomas similares. Sin embargo, el signo de Lasègue no suele estar presente, y puede haber otros hallazgos exploratorios que nos hagan pensar en patologías menos frecuentes, como el dolor en las rotaciones de la cadera, el dolor a la palpación pélvica, etc.; como sucedía en nuestra paciente. Recogemos en la Tabla 1 un resumen de algunas de las causas que pueden provocar neuropatía *ciática* extraespinal^{2,5,6}.

Los QS puede surgir en cualquier articulación, siendo más frecuentes en la rodilla, el hombro, el codo o la cadera. Los QS de la cadera suelen asociarse a patología degenerativa articular, artritis reumatoide, traumatismos o a lesiones tumorales. Cabe destacar que un QS es un verdadero quiste revestido por células sinoviales (sinoviocitos) que pueden o no comunicarse con la cavidad articular, a diferencia de los quistes ganglionares, que son pseudoquistes revestidos con tejido conectivo fibroso y no conectados con la cavidad articular⁷⁻¹⁰.

Los síntomas más habituales son el dolor o la limitación de la movilidad articular. Si alcanzan un tamaño mayor pueden provocar la compresión de estructuras adyacentes tales como el intestino, el tracto urinario, la vejiga, los vasos extrailíacos e incluso estructuras nerviosas. Varias estructuras neurales se encuentran en proximidad a la articulación de la cadera; a nivel anterior el nervio femoral, a nivel posterior el

nervio ciático y en su parte medial el nervio obturador. De los tres el nervio femoral es el más frecuentemente afectado^{9,11}. El diagnóstico de los quistes paralabiales sintomáticos consiste en una combinación de información clínica, exploración física y pruebas de imagen. La RM ha demostrado una precisión similar en comparación con la artroresonancia para diagnosticar lesiones del labrum acetabular. La RM de los nervios periféricos, también conocida como neurografía por resonancia se utiliza cada vez con mayor frecuencia debido a los avances en el *hardware* y al desarrollo de nuevas técnicas de imagen (secuencias axiales potenciadas en T1 y secuencias en T2 con supresión de grasa y sensibles a fluidos son la base de esta técnica), fundamentalmente detectando el aumento de líquido endoneural. Su mayor utilidad radica sobre todo el diagnóstico de neuropatías periféricas^{2,10}.

Existen diversas opciones de tratamiento para los QS, dependiendo de su tamaño, la gravedad de los síntomas que provocan, la patología subyacente y la presencia o no de compresión local. En algunos casos de quistes simples de pequeño tamaño y accesibles, es posible la aspiración simple guiada por ecografía asociada o no a inyección de corticoides intralesionales; sin embargo, es frecuente la recurrencia del QS en aquellos pacientes en que el QS se asocia a artritis reumatoide, el tratamiento de la propia enfermedad disminuye el tamaño de la lesión. En el caso de los QS de la cadera, la exéresis quirúrgica del quiste asociada a sinovectomía o capsulectomía es una opción con resolución de los síntomas y baja tasa de recurrencia a largo plazo¹¹⁻¹³.

En conclusión, presentamos un caso poco frecuente de ciatalgia provocada por un quiste sinovial de la cadera. Estas lesiones pueden ser tratadas con éxito mediante la excisión quirúrgica. Para poder realizar un diagnóstico y tratamiento adecuado debemos tener en cuenta la existencia de causas extraespinales del dolor ciático, sobre todo en casos en que las pruebas de imagen convencionales de columna lumbar no justifican los hallazgos clínicos ni exploratorios.

Abreviaturas empleadas:

QS: quiste sinovial.

RM: resonancia magnética.

T1: secuencia T1 de resonancia.

T2: secuencia T2 de resonancia.

STIR: short time inversion recovery.

Referencias

1. Liyew WA. Clinical Presentations of Lumbar Disc Degeneration and Lumbosacral Nerve Lesions. *Int J Rheumatol*. 2020 Aug 29;2020:2919625. doi: 10.1155/2020/2919625.
2. Ergun T, Lakadamyali H. CT and MRI in the evaluation of extraspinal sciatica. *Br J Radiol*. 2010 Sep; 83(993): 791-803. doi: 10.1259/bjr/76002141.
3. Yang G, Wen X, Gong Y, Yang C. Sciatica and claudication caused by ganglion cyst. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2013 Dec 15;38(26):E1701-3. doi: 10.1097/BRS.0000000000000024.
4. Angelini A, Zanotti G, Berizzi A, Staffa G, Piccinini E, Ruggieri P. Synovial cysts of the hip. *Acta Biomed*. 2018 Jan 16;88(4):483-490. doi: 10.23750/abm.v88i4.6896.
5. Kulcu DG, Naderi S. Differential diagnosis of intraspinal and

- extraspinal non-discogenic sciatica. *J Clin Neurosci*. 2008 Nov;15(11):1246-52. doi: 10.1016/j.jocn.2008.01.017.
6. Ailianou A, Fitsiori A, Syrogiannopoulou A, Toso S, Viallon M, Merlini L, et al. Review of the principal extra spinal pathologies causing sciatica and new MRI approaches. *Br J Radiol*. 2012 Jun;85(1014):672-81. doi: 10.1259/bjr/84443179.
 7. Wu KW, Hu MH, Huang SC, Kuo KN, Yang SH. Giant ganglionic cyst of the hip as a rare cause of sciatica. *J Neurosurg Spine*. 2011 Apr;14(4):484-7. doi: 10.3171/2010.12.SPINE10498.
 8. Lakhota D, Prashant K, Shon WY. Ganglion cyst of the hip mimicking lumbar disk herniation - A case report. *J Clin Orthop Trauma*. 2017 Apr-Jun;8(2):153-155. doi: 10.1016/j.jcot.2016.07.001.
 9. Stuplich M, Hottinger AF, Stoupis C, Sturzenegger M. Combined femoral and obturator neuropathy caused by synovial cyst of the hip. *Muscle Nerve*. 2005 Oct;32(4):552-4. doi: 10.1002/mus.20364.
 10. Kim SH, Seok H, Lee SY, Park SW. Acetabular paralabral cyst as a rare cause of obturator neuropathy: a case report. *Ann Rehabil Med*. 2014 Jun;38(3):427-32. doi: 10.5535/arm.2014.38.3.427.
 11. Byrne C, Whitty S, Stanley E, Alkhatat A, Eustace SJ, Kavanagh EC. Acetabular paralabral cyst causing compression of the sciatic nerve. *Radiol Case Rep*. 2017 Aug 2;12(4):821-823. doi: 10.1016/j.radcr.2017.06.010.
 12. Jones HG, Sarasin SM, Jones SA, Mullaney P. Acetabular paralabral cyst as a rare cause of sciatica. A case report. *J Bone Joint Surg Am*. 2009 Nov;91(11):2696-9. doi: 10.2106/JBJS.H.01318.
 13. Salunke AA, Panchal R. A paralabral cyst of the hip joint causing sciatica: case report and review of literature. *Malays J Med Sci*. 2014 Jul;21(4):57-60.