

Compresión de la vena ilíaca externa derecha por un ganglio sinovial (*)

G. B. SCALCO, A. LIBONI, P. MANNELLA y A. SORTINI

Istituto di Clinica Chirurgica Generale e Terapia Chirurgica

(Direttore: Prof. Ippolito Donini)

Istituto di Radiologia (Direttore Inc.: Prof. Antonio Toti)

Università degli Studi di Ferrara (Italia)

El edema que aparece en una extremidad inferior, tanto si es total como de un sector, puede estar originado por una lesión del sistema linfático o del venoso, o bien derivar de una patología linfovenosa asociada, aunque sin embargo en la mayor parte de los casos reconoce una afectación primitiva y predominante de uno de los dos aparatos.

Tanto los flebedemas como los linfedemas se distinguen en idiopáticos y adquiridos, secundarios a las patologías más variadas.

El síndrome de Klippel-Trénaunay y las fístulas arteriovenosas congénitas en general constituyen la base de los edemas venosos congénitos.

Entre los linfedemas idiopáticos anotamos tres formas:

1) Linfedema congénito, con dos tipos: a) hereditario o familiar (enfermedad de Milroy); b) simple. Aparecen en el nacimiento y de hecho se distinguen porque el primero afecta a todo el miembro, en tanto el segundo lo hace sólo en parte. Los dos tienen como causa la hipoplasia o agenesia de los conductos linfáticos.

2) Linfedema precoz, que se manifiesta en la puebrtad y se relaciona con un desequilibrio hormonal.

3) Linfedema tardío, análogo al linfedema idiopático precoz, del que se diferencia sólo por la época de aparición.

Los linfedemas adquiridos, además de caracterizarse por la mayor frecuencia de aparición respecto a los idiopáticos, concepto que también es válido para los flebedemas, tienen más interés por su variada etiología. En efecto, podemos distinguir una patología obstructiva de los conductos linfáticos, inflamatoria, neoplásica o parasitaria (filaria de las zonas tropicales, no presente en Italia), y una patología yatrogénica, como los linfedemas consecutivos a radioterapia y a linfadenectomía. No debemos olvidar, a su vez, los linfedemas que complican una insuficiencia venosa.

Aunque es conocida la existencia de edema venoso secundario a fístulas arteriovenosa postraumáticas, la mayor parte de los flebedemas adquiridos cabe atribuirlos a un hecho obstructivo endoluminal, tanto de origen flebítico como trombótico. Por otra parte, no hay que olvidar la posibilidad de un obstáculo al

(*) Traducido del original en italiano por la Redacción.

retorno venoso por compresión extrínseca ocasionada por una masa contra un tronco venoso principal. Precisamente sobre esta circunstancia es que vamos a presentar un interesante caso de edema del miembro inferior producido por dicha causa.

Observación

Varón de 25 años de edad. Antecedentes familiares sin interés, Nacido de parto eutócico a término, con fisiologismo normal. Exantema común infantil.

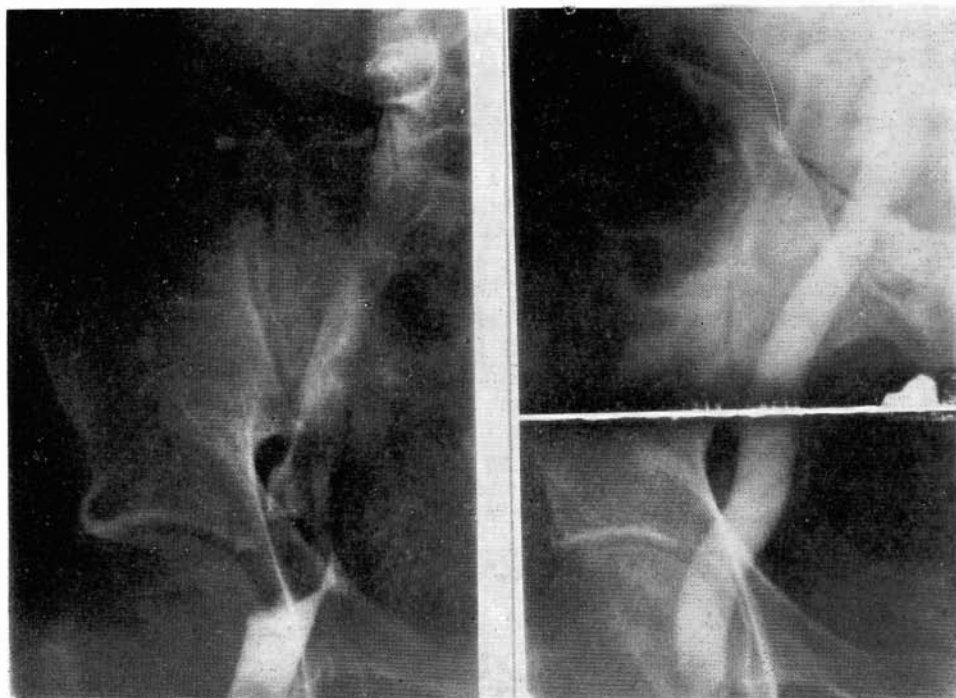


Fig. 1: Flebograsía mostrando un defecto de opacificación en la vena iliaca externa derecha. Causa: quiste sinovial.

Fig. 2: Flebograsía de comprobación postoperatoria demostrando la recuperación de la permeabilidad tras la extirpación del quiste sinovial.

Hace unos dos meses observa aumento de volumen del miembro inferior derecho, que se acompaña de una sensación de tensión progresiva en el curso del día, pero que disminuye con el reposo. Notando, sucesivamente, dificultades de llevar indumentarias como «slip» o pantalones por el aumento de la circunferencia del muslo, por lo que decide acudir al médico que nos lo remite.

Examen local: Miembro inferior derecho sin trastornos tróficos, varicosidades ni variaciones térmicas por el contrario, se observa sólo una edema algo duro, no doloroso, más evidente en el muslo. La medida de la circunferencia de los miembros inferiores daba las cifras siguientes: Tomada a 23 cm. de la es-

pina ilíaca anterior superior, 62 cm. a la derecha y 57 a la izquierda; tomada a 66 cm., 42 a la derecha y 39 a la izquierda.

Examen hematoquímico, electrocardiograma, scopia de tórax, sin alteraciones.

Oscilografía, normal. Discreta hipertemia en el muslo derecho. Arteriografía femoral derecha: tronco arterial normal; fase de retorno venoso lenta, evidenciando un defecto de opacificación en la vena ilíaca externa derecha. Flebografía miembro inferior derecho: Vena ilíaca externa con notable defecto de opacificación del tamaño de una almendra, ausencia de dilataciones pre y postestenóticas (Figura 1). Linfografía con medio de contraste hidro y liposoluble: presencia de conductos normales en cuanto a localización, calibre y curso; ausencia de ganglios linfáticos patológicos o al menos aumentados de volumen.

Viendo que la terapéutica médica a base de antiflogísticos, fibrinolíticos y antiedematosos, ayudada de vendajes elásticos, no aportaba mejoría alguna sino más bien aumentaba durante el internamiento el edema, se decidió intervenir a pesar de no haber precisado la naturaleza del agente compresor a través de los elementos clínicos y radiológicos (lipoma, neoplasia, quiste...?).

Intervención: Incisión en la raíz del muslo, aislamiento de la vena ilíaca externa de aspecto acintado, casi vacía por completo, comprimida por una neoformación que de entrada parecía originarse en la pared de la propia vena. Se halla un plano de despegamiento entre la vena y la masa compresora, masa que se demuestra en relación de continuidad con la cápsula de la articulación coxofemoral. Una vez aislada aparece como una formación pseudoquistica, con el cuello a nivel de dicha articulación. Ablación total tras ligadura con catgut del cuello.

Al reseca la masa compresora, la vena ilíaca externa recupera pronto su forma habitual, índice de restablecimiento del flujo.

Por la tarde del día de la intervención se observa una disminución de la circunferencia del miembro y el edema se hace mucho menos duro que el día anterior.

Las medidas sucesivas demuestran la ulterior disminución de las dimensiones del miembro: Tomadas a 23 cm. de la espina ilíaca anterior superior, antes de la intervención 62 cm., después 59 cm.; a 66 cm., antes de la intervención 42, después 40 cm.

La flebografía de control demuestra la recuperación de la permeabilidad de la vena ilíaca externa derecha (Fig. 2).

El examen histológico confirma el diagnóstico intraoperatorio de ganglio sinovial.

Los ganglios sinoviales son formaciones pseudoquísticas de contenido gelatinoso que, a menudo en las mujeres jóvenes, originan en las vainas tendinosas en especial de la pared fibrosa, pudiendo aparecer por tanto también en correspondencia con la cápsula articular.

Se trata de nódulos fibrosos que evolucionando hacia la degeneración gelatiniforme (quizá por microtraumas) constituirán pseudoquistes que en raros casos se hallan en comunicación con la cavidad articular. Según la mayoría de autores interesados en el aspecto anatomopatológico de los quistes sinoviales, esta comunicación cabe imputarla a la extensión del proceso degenerativo desde la pared fibrosa a la membrana sinovial, dejando de lado la teoría de la hernia sinovial de **Begin**.

En cuanto a su localización más frecuente es a nivel de la superficie palmar y del dorso del pulso o de la superficie palmar de los dedos de la mano. A menudo se observan en la fascia posterior de la rodilla (pata de ganso, gastrocnemios, sartorio) y no faltan en la fascia dorsal y lateral del cuello del pie ni en la fascia plantar del pie a la altura metatarsofalángica. Hay que tener presente, siempre, que pueden formarse allí donde existe una vaina tendinosa o una cápsula articular. Su localización es, pues, varia; y las ubicaciones más raras tienen interés por la sintomatología a que pueden dar lugar, como en el caso que presentamos.

CONCLUSIONES

Ante un edema del miembro inferior, tras una detallada anamnesis y un atento examen objetivo, la investigación instrumental tiene importancia fundamental como orientación diagnóstica si bien con frecuencia no logre un diagnóstico preciso de la naturaleza limitándose a localizar el lugar, la extensión y el grado del obstáculo a la circulación.

La arteriografía por punción transcutánea de la arteria femoral y la oscilografía pueden dar información sobre la presencia de toda la patología arterial macroscópica, en especial de las fístulas arteriovenosas.

La linfografía directa, inyectando medio de contraste hidro o liposoluble en los conductos del dorso del pie visualizados por inyección subcutánea en los pliegues interdigitales de un colorante vital (Tripán blue V.), ofrece útil información sobre la morfología y sobre la eventual patología de los conductos linfáticos y de los ganglios linfáticos.

La flebografía, explorando la circulación profunda y la superficial, permite una valoración anatómo-funcional suficiente del sistema venoso del miembro explorado. Permite, además, a veces la posibilidad de sospechar una compresión extrínseca ejercida por una masa sobre el tronco venoso, dislocándolo, aplastándolo y marcándolo, como en nuestro caso.

El diagnóstico diferencial entre defecto de relleno endoluminal intrínseco o compresión extrínseca presenta, sólo por flebografía, notables dificultades a veces insalvables.

Por tanto, en casos de flebedema secundario a un obstáculo en el retorno venoso ocasionado por una masa compresora de un tronco venoso principal en las proximidades de una articulación hay que pensar, entre las numerosas hipótesis diagnósticas, en la posibilidad de que se trate de un ganglio sinovial.

Ante una patología venosa que se agrava originada por compresión extrínseca la indicación es la intervención quirúrgica precoz, aparte de precisar la naturaleza del proceso que puede condicionar otros procedimientos terapéuticos, tal la radioterapia y quimioterapia. De esta forma se intentan cortar los resultados irreversibles presentados por la aparición de varices, la obstrucción total de la vena, con edema evolucionando hacia el fibredema.

RESUMEN

Con motivo de la presentación de un caso de compresión venosa de iliaca externa ocasionada por un ganglio sinovial se resalta la utilidad de algunas explo-

raciones instrumentales y radiológicas para el diagnóstico de flebedema o de linfedema; y asimismo la importancia de la intervención quirúrgica precoz en los casos de compresión extrínseca, que aparte de solucionar el cuadro permite el diagnóstico y evitar la progresión hacia el fibredema irreversible.

SUMMARY

A cases of venous compression by synovial cyst is presented.

BIBLIOGRAFIA

1. **Allen, Barker, Hines:** «Malattie Vascolari Periferiche», Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1974.
2. **Teneff, S.:** «Trattato di Ortopedia», S.E.U., Roma 1962.