



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/888 - Quiste del labrum acetabular como causa infrecuente de coxalgia

J.M. López Campos^a, M. López Sebio^b y M. López Baña^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud de Ribeira. Santa Uxía de Ribeira. A Coruña. ^bEnfermera. Residencia do Maior. Santa Uxía de Ribeira. A Coruña. ^cMédico de Familia. Punto de Atención Continuada. Carballiño. Ourense.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 54 años, con antecedentes de DM tipo LADA de 18 meses de evolución y cirugía de cistolece seis meses antes, que aqueja dolor selectivo intenso, a punta de dedo, a nivel de región posterolateral de la cadera izquierda (región glútea), de intensidad creciente y tres meses de evolución, irradiado a ingle homolateral, que se agrava con la sedestación, impidiendo estar sentada sobre esa nalga, y decúbito supino, lo que determina severa alteración del descanso nocturno, sin respuesta al tratamiento analgésico instaurado (tramadol/paracetamol 37,5/325 mg). Deambulación autónoma, pero limitada.

Exploración y pruebas complementarias: No báscula pélvica. No dismetría de EEII. ROM activo y pasivo de la cadera normal. Tests de FLX_RE, Fabere y compresión pélvica, negativos. Dolor a punta de dedo en región tercio medio-externo de región glútea, a nivel de los rotadores externos, que no se modifica con los movimientos de rotación. Test del piramidal negativo. Lasegue y Bragard negativos. Lasegue invertido positivo. Se solicita Rx en la que, aunque informada como "sin cambios significativos respecto a previas", se observa mínima disrupción en el borde acetabular.

Juicio clínico: Coxalgia por causas extraarticulares.

Diagnóstico diferencial: Lumbocruralgia.

Comentario final: De acuerdo con la paciente, se realiza RMN en la que se objetiva la existencia de una formación quística polilobulada yuxtaarticular paralabral posterior izquierda, a nivel de la columna posterior del acetáculo, de $3,2 \times 2,8 \times 1,6$ cm que impresiona como ganglio intraóseo con extensión a partes blandas. Tras este hallazgo, se deriva a la paciente a cirugía ortopédica, en dónde, mediante artrotomía, se procede a la resección. Los ganglios intraóseos son lesiones seudotumorales de aspecto quístico, con paredes regulares, bien definidas y de contenido mucoide, que suelen aparecer en la edad adulta. Poco frecuentes, su patogenia es controvertida, habiéndose implicado, al observarse una mayor incidencia en enfermedades como la artritis reumatoide y en el síndrome de pinzamiento femoroacetabular, como factores causales, procesos traumáticos, degenerativos o inflamatorios en las articulaciones adyacentes. Aún cuando habitualmente constituyen un hallazgo casual y frecuentemente son asintomáticos, pueden ocasionar dolor de características mecánicas y asociarse a limitación funcional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mährlein R, Weiand G, Schmelzeisen H. Ganglion of the hip: report of five cases. J South Orthop Assoc. 2001;10:1-5.

2. Lim IGS, Berger M, Bertouch J. An unusaul cause of pain in both hips. *Ann Rheum Dis.* 2003;62:510-1.
3. Günther KP, Hartmann A, Aikele P, Aust D, Ziegler J. Large femoral-neck cysts in association with femoroacetabular impingement: a report of three cases. *J Bone Joint Surg Am.* 2007;89:863-70.
4. Tannast M, Sieberock KA, Anderson SE. El atrapamiento femoroacetabular: diagnóstico radiográfico. Lo que el radiólogo debería saber. *Radiología.* 2008;50:271-84.
5. García Vivar ML, Galíndez Aguirreigoikoa E, García Llorente JF, Aranburu Albizuri JM. Protocolo diagnóstico de la cadera dolorosa. *Medicine.* 2009;10:2229-32.