

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DEPARTAMENTO DE CIRUGIA

QUISTE SINOVIAL

REVISION DE 49 CASOS TRATADOS EN
CONSULTA EXTERNA DE CIRUGIA DEL -
HOSPITAL GENERAL, DURANTE 18 MESES.

TRABAJO DE TESIS PRESENTADO POR :

HOMERO POLANCO DOMINGUEZ

PREVIO A OPTAR EL TITULO

DE

MEDICO Y CIRUJANO

ASESOR: Dr: RAMIRO RIVERA ALVAREZ

REVISOR: Dr: ROBERTO RODRIGUEZ

GUATEMALA SEPTIEMBRE 1965

PLAN DE TESIS

- a) INTRODUCCION, ANTECEDENTES Y OBJETIVOS
- b) MATERIAL EMPLEADO Y METODOS
- c) RESULTADOS
- d) CUADROS
- e) DISCUSION
- f) SUMARIO
- g) CONCLUSIONES
- h) BIBLIOGRAFIA.

CAPITULO 1

(a) INTRODUCCION

Se denomina quíste sinovial, ganglión o ganglioma a tumores quísticos, benignos, de etiología aún en discusión, que aparecen sobre o cerca de las articulaciones distales de los miembros, especialmente en vecindad de la articulación radio-carpiana, la cual presenta el porcentaje más alto de incidencia de esta tumoración; en relación al resto de localizaciones en el organismo.

Se encuentran también el dorso del pié, en relación con articulaciones tarso-metatarsianas e intertarsianas; -- se han descrito quístes del hueso popliteo derivados de la sinovial articular de la rodilla, quístes derivados de bolsa serosa de los peroneos laterales, de la articulación -- del codo y como una rereza de la articulación esterno-clavicular.

El quíste sinovial es una afección cuya frecuencia en la población en general es difícil de estimar y aún en pacientes que acuden en busca de auxilio médico a los hospitales, ya que puede ser que la única manifestación sea la tumoración sin molestias asociadas y el paciente le dé poca importancia, además existe la posibilidad de desaparición espontánea del quíste.

(2)

Se ha descrito que la frecuencia mayor se encuentra - en mujeres jóvenes, y que es más raro encontrarlos en niños y en personas ancianas. (6)

La literatura hace hincapié en que no se ha observado en ningún caso la transformación maligna del quiste sinovial, permaneciendo en cualquier circunstancia con caracteres de benignidad.

El presente trabajo se basa en una revisión, de los -- casos que se han presentado a la Consulta Externa de Cirugía del Hospital General durante un período de 18 meses, - evaluándolos bajo el punto de vista de tratamiento, recidivas, edad, ocupación etc.-

Se hace una revisión de las distintas teorías etiológicas y se exponen los resultados a que se ha llegado.

El control post-operatorio de nuestros pacientes ha si do llevado por el término de un mes aproximadamente, en todos los casos.

Aún cuando el egreso de estos pacientes se hizo con la indicación precisa de volver si aparecieran señales de recidiva; creemos que para fines estadísticos hubiera sido preferible un control post-operatorio más prolongado, pero debido al movimiento de pacientes en las clínicas de cirugía de Consulta Externa del Hospital General, dicho control no ha sido posible llevarlo por más tiempo que el anotado anteriormente.

(3)

(b) ANTECEDENTES

En nuestro medio y en general en el literatura médica mundial, el quiste sinovial ha merecido poca atención, debido posiblemente al hecho de ser benigno y su poca tendencia a producir molestias, lo que hace que el paciente no busque ayuda médica para su tratamiento, con la frecuencia deseada, y además que el ganglioma sea visto por el médico como afección de poca importancia.

Es de mencionar entre la poca literatura médica al -- respecto la excelente exposición del problema, que se encuentra en el libro de Cirugía de la mano de Bunnell, estudio basado en 44 casos. (1)

Otra fuente de información han sido los diferentes -- tratados de patología quirúrgica, donde se describe el cuadro clínico de la afección y los tratados de anatomía patológica y patología general, para la parte de anatomía patológica del quiste sinovial.

Es de hacer notar que en las diferentes fuentes de información que hemos tenido, no existe uniformidad de criterio especialmente en lo que se refiere a etiología, por el contrario en lo que se refiere a tratamiento la tendencia -- actual de los distintos autores se inclina por el tratamiento quirúrgico, efectuando la resección completa del quiste.

(4)

Se ha contado además con la experiencia personal del - Dr. J. Ramiro Rivera Alvarez, quien cuenta con tres años de laborar en la Consulta Externa de Cirugía del Hospital General, donde ha tenido la oportunidad de conocer este problema, tratarlo y darse cuenta de los resultados, que en - capítulo aparte se expondrá.

(c) OBJETIVOS

Trabajando en un medio hospitalario como el nuestro, - donde la afluencia de pacientes es de diversos estratos sociales, diversidad de ocupación, edad, sexo, etc., puede - evidenciarse fácilmente la alta incidencia del quiste si--novial en relación con otras lesiones benignas; aún cuando la mayoría de pacientes no busquen el tratamiento quirúrgi- co adecuado y no sea éste el motivo primordial de su con--sulta hospitalaria. Describiremos sucesivamente:

- 1) TEORIAS ETIOLOGICAS
- 2) ANATOMIA PATOLOGICA DEL
QUISTE SINOVIAL
- 3) LOCALIZACION
- 4) CUADRO CLINICO
- 5) DIAGNOSTICO

(7)

plica que los viejos cirujanos siempre trataban de buscar - el pedículo del tumor.

ANATOMIA PATOLOGICA:

El ganglión está constituido por tumefacciones quísticas que sobresalen de una cápsula articular o de una vaina tendinosa; su tamaño oscila entre 1.5 a 2 cm. de diámetro, generalmente hay un gran quiste que puede ser unicelular o multicelular y al rededor de éste en su base se encuentran numerosas cavidades accesorias o pequeños quistes los cuales si se dejan, después de resección del quiste mayor, -- son la causa de recidiva. (8)

Estos están constituidos de una pared densa, fibrosa -- de tejido conectivo, sin ningún tipo especial de células de recubrimiento, su contenido es un líquido mucosoide incoloro, pegajoso que parece jalea; al corte puede verse en la pared quística y en el tejido conjuntivo de su alrededor áreas -- de degeneración, donde las fibras de tejido conjuntivo se -- hacen fibrosos y se separan, apareciendo células vacuola-- das. No hay evidencia microscópica de inflamación, obser-- vándose unos pocos monocitos en la vecindad. En algunos -- casos se han visto nervios, como los ramúsculos del radial sensitivo, que pasan directamente através de la estructura quística. (1) , y en estos casos se explica facilmen---

(8)

te que el síntoma dolor sea parte prominente del cuadro --
clínico.

LOCALIZACION:

El Quiste Sinovial se presenta en lugares caracterís-
ticos de la mano, el más frecuente es al rededor de la mu-
ñeca, en la superficie dorsal y palmar y en la superficie -
palmar de la mano y los dedos.

Según Kuettner la localización en la muñeca es de --
81.3% de los casos, siendo el 70% en la cara dorsal de la -
misma, en la palma de la mano solamente 2.3% y sólo 3% es -
bilateral; éstas tumefacciones pueden presentarse en otros
lugares, como el codo, dorso del pié se menciona el quiste -
sinovial en relación frecuente con el tendón del peroneo -
anterior y hasta se han mencionado casos encontrados en la
articulación esterno-clavicular, así como quistes depen-
diendo de bolsa serosa de peroneos laterales en su inser-
ción superior que son poco frecuentes. (6)

CUADRO CLINICO:

Puede haber dolor localizado de carácter neurálgico, -
el cual en algunas ocasiones se asocia a una debilidad de -
la articulación, algunos atribuyen estas molestias a la --
presión que ejerce el quiste sobre los cordones nerviosos;

(9)

pero hay pacientes, que no refieren ninguna molestia, únicamente la tumefacción que vá aumentando gradualmente o en forma súbita de volúmen, y en estos casos el paciente busca el auxilio médico debido a lo anti-estético del tumor (mujeres). Entre los que dan mayor sintomatología, se encuentran los que se localizan en la cara palmar de la mano y base de los dedos; cosa que se debe posiblemente a la relación íntima que contraen con los tendones flexores de la mano. (1,2)

DIAGNOSTICO:

El diagnóstico no tiene ninguna dificultad en hacerse, pudiéndose si se tiene duda aspirar su contenido, aunque - éste procedimiento nunca es necesario. Los gangliones profundos pequeños de la palma y dedos son difíciles de palpar, son tensos y duros y se pueden confundir con fibromas; cosa que sucede frecuentemente, cuando se tiene poca experiencia. (2, 6)

CAPITULO II

--

a) MATERIAL EMPLEADO:

Consiste en la revisión cuidadosa de las Historias --
Clínicas de los casos de Quiste Sinovial tratados en la Con-
sulta Externa de Cirugía del Hospital General, durante 18 -
meses (año y medio) comprendido del mes de Marzo de 1964 -
al 31 de Agosto de 1965, inclusive; durante éste lapso de -
tiempo se estudiaron y trataron 49 casos, cuyos cuadros es-
tadísticos serán expuestos en el capítulo siguiente.

METODOS:

Los métodos empleados en el tratamiento del quiste si-
novial se pueden dividir en dos:

- a) Médico
- b) Quirúrgico

a) Tratamiento médico: Se han empleado gran variedad de -
procedimientos, que han tenido resultados poco satisfacto-
rios ya que frecuentemente van seguidos de recidivas. Co-
mo ejemplo de los mismos podemos mencionar, ruptura del --
quiste por fuerza externa, punción y aspiración del conte-
nido del quiste, con o sin inyección de sustancias escler-

(11)

rosantes y aún se han empleado los rayos X para su tratamiento.

b) Tratamiento Quirúrgico: Ha sido el tratamiento de elección en los últimos años, pues empleándolo el porcentaje de recidivas es menor que con las otras formas de tratamiento.

La operación se efectúa generalmente bajo anestesia local (Xilocaina o novocaina); por infiltración en los alrededores del quiste. La incisión se hace siguiendo las líneas de Langhens o la dirección de los pliegues de flexión de articulaciones con el objeto de evitar retracciones o cicatrices viciosas en el período post-operatorio.

Después de la incisión de piel, debe hacerse una disección cuidadosa del quiste, disección que llega usualmente hasta la profundidad en que se encuentran los tendones de la región o cápsulas articulares.

Debe extirparse el ganglión en su totalidad, ya que en ciertas oportunidades se reseca únicamente el quiste mayor y se dejan pequeñas formaciones quísticas, las cuales con el transcurso del tiempo (2 a 3 meses), crecen nuevamente y alcanzan el tamaño del quiste reseca. Otra causa de recidiva es que la formación quística mayor del quiste sinovial, no haya sido reseca en su totalidad.

Se recomienda el empleo de manguito de presión al trabajar sobre extremidades, especialmente al trabajar en mano, por consiguiente en estos casos la hemostasis debe ha-

(12)

cerse lo más perfecto posible, para evitar hemotomas en el sitio de la intervención cuando descienda la presión del manguito, y más sangre llegue a los tejidos seccionados. Por último el cierre de tejido celular sub-cutáneo y piel con puntos separados de material no absorbible.

El período post-operatorio se indica el vendaje -- compresivo (a presión suficiente, pero que no llegue a producir edema del miembro); lo cual nosotros hemos indicado por un término de dos semanas a partir de la fecha de la intervención. (7)

CAPITULO III

RESULTADOS:

En la revisión de Historias Clínicas de los casos que acudieron a tratamiento a la Consulta Externa de Cirugía del Hospital General, durante año y medio (18 meses), se obtuvo un total de 49 casos de quiste sinovial; casos estudiados, diagnosticados y tratados en dicho servicio.

Del estudio del presente material clínico (49 casos), sacamos los siguientes resultados:

La frecuencia mayor del quiste sinovial se encontró - en las edades de 13 a 20 años, siendo entre nuestros casos el más joven de 13 años y el de más edad de 48 años.

La mayor frecuencia en relación al sexo, fué en mujeres, ya que de éstas se encontraron 32 casos y en hombres - únicamente 17.-

En cuanto a localización se encontró mayor número de - casos en el dorso de la mano, en relación con la articulación radio carpiana, dicho número fué de 42 en los 49 casos estudiados. El resto se localizó en la siguiente manera: - 2 casos en la región palmar de la mano, 3 en el dorso del - pié, 1 caso en la pierna izquierda a la altura de la inserción superior de los peroneos laterales y 1 en la articula-

ción del codo.

Al tratar de correlacionar, la ocupación de los pacientes con la incidencia del quiste sinovial; nos encontramos con que, en los casos revisados la ocupación fué sumamente variada, lo cual dificulta, establecer una relación de causa-efecto en nuestro estudio.

PdemoS decir en líneas generales que el grupo mayor correspondió a pacientes dedicados a labores estudiantiles, y en segundo término a pacientes dedicados a oficios domésticos (amas de casa); dejando por último un grupo heterogéneo, formado por ocupaciones distintas (obreros, jornale--ros etc., etc.- (5)

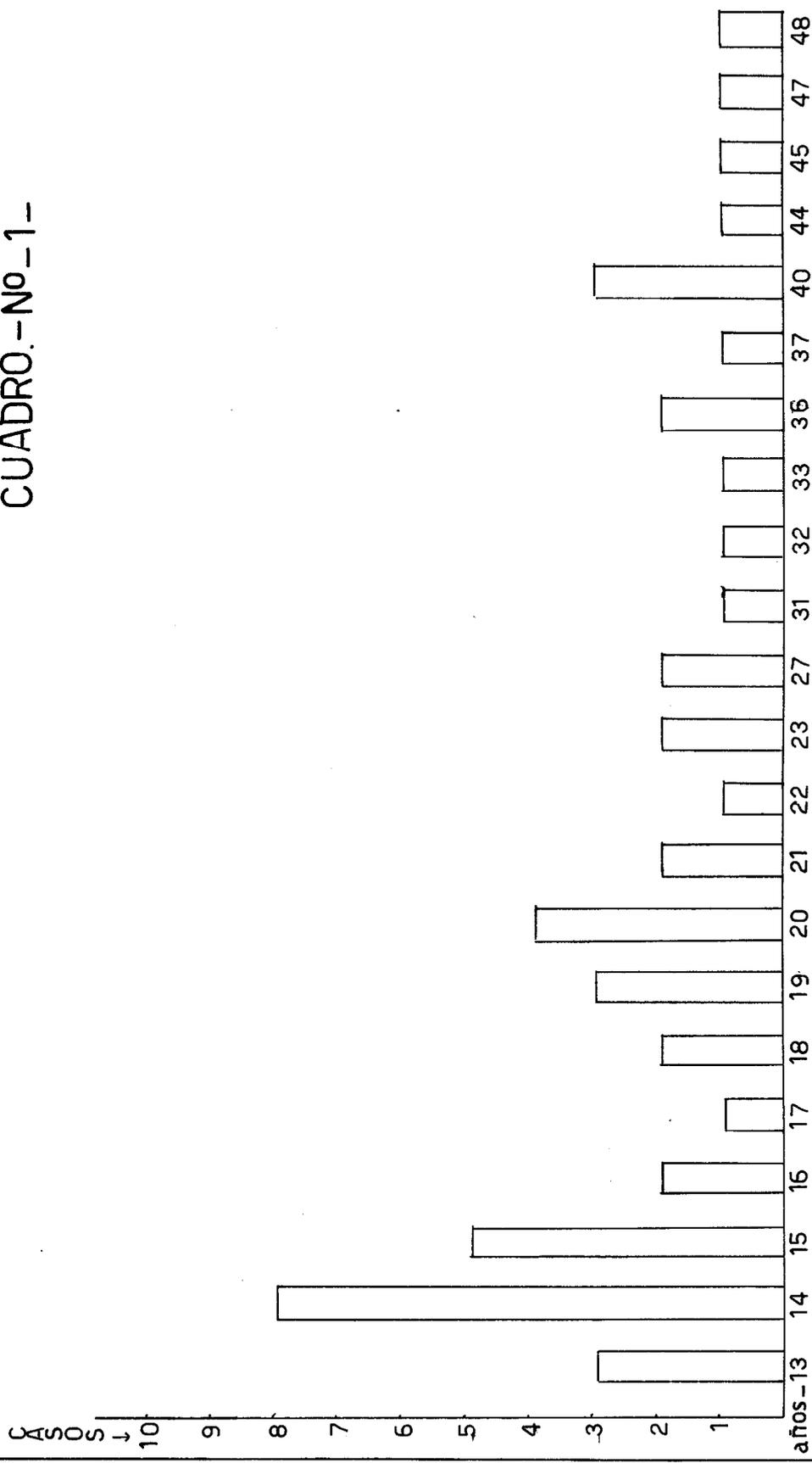
CUADRO No. 1

EDAD

Se pone en evidencia en forma gráfica, la incidencia del quiste sinovial por edades.

Encontrándose los 14 años con el mayor número de casos y en general ha sido mayor la frecuencia - en nuestro estudio de los 13 a los 20 años, como ya se señaló anteriormente.

CUADRO.-Nº-1-

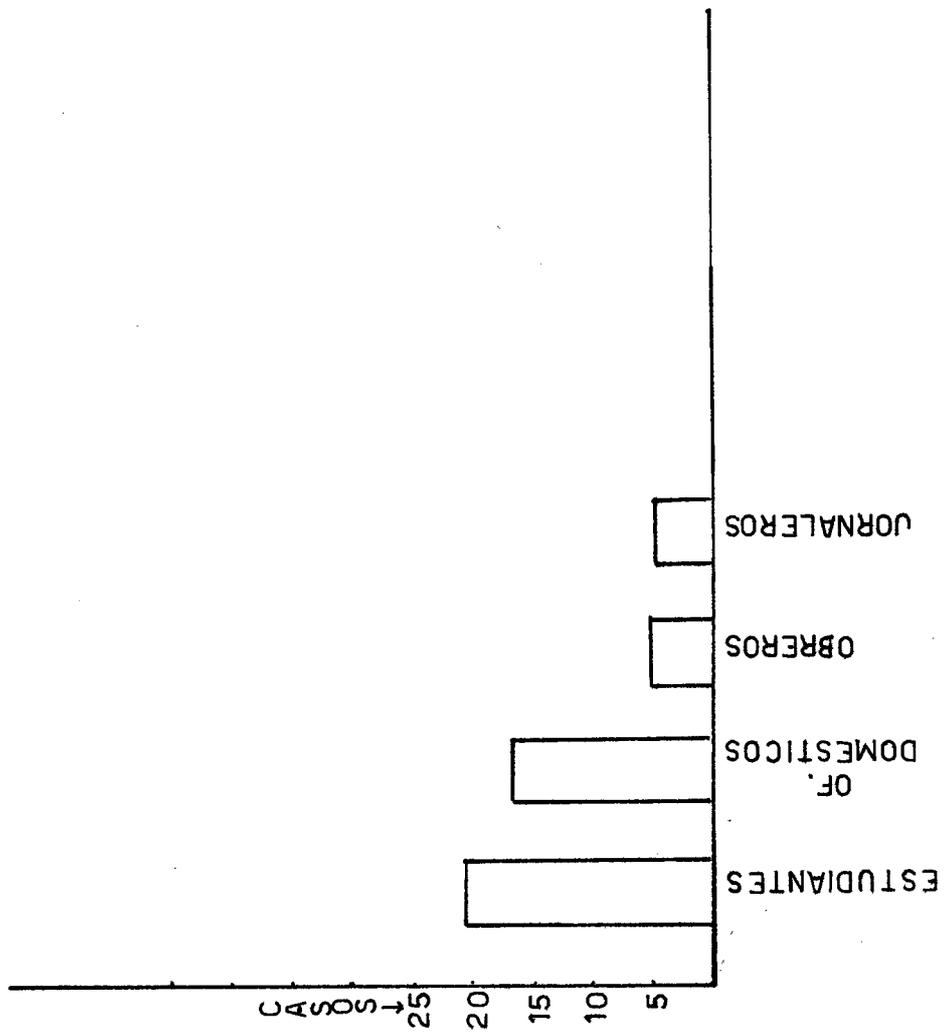


CUADRO No. 2

OCUPACION

El presente cuadro se refiere a la ocupación - de los diferentes pacientes estudiados; se encontraron 21 casos de estudiantes; 18 casos de personas dedicadas a oficios domésticos y 10 pacientes donde se incluyen obreros y jornaleros.-

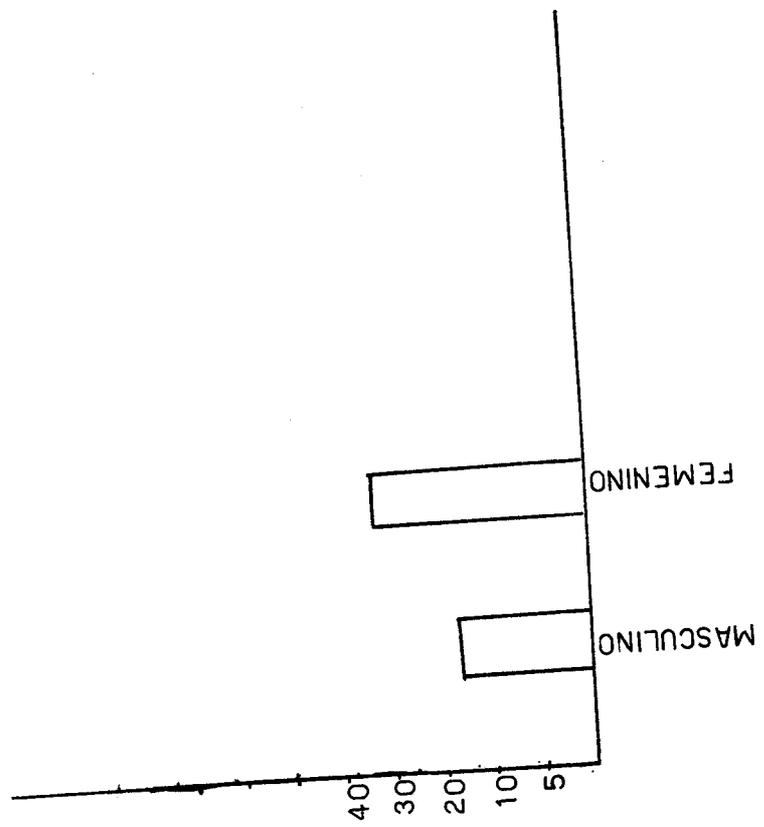
CUADRO. -Nº-2-



CUADRO No. 3.

EL PRESENTE CUADRO MUESTRA QUE ES EN LA MUJER
DONDE CON MAS FRECUENCIA SE OBSERVA EL GAN--
GLION, TAL COMO LO SEÑALAN EN LA LITERATURA -
LOS DISTINTOS AUTORES.

CUADRO.- Nº -3-

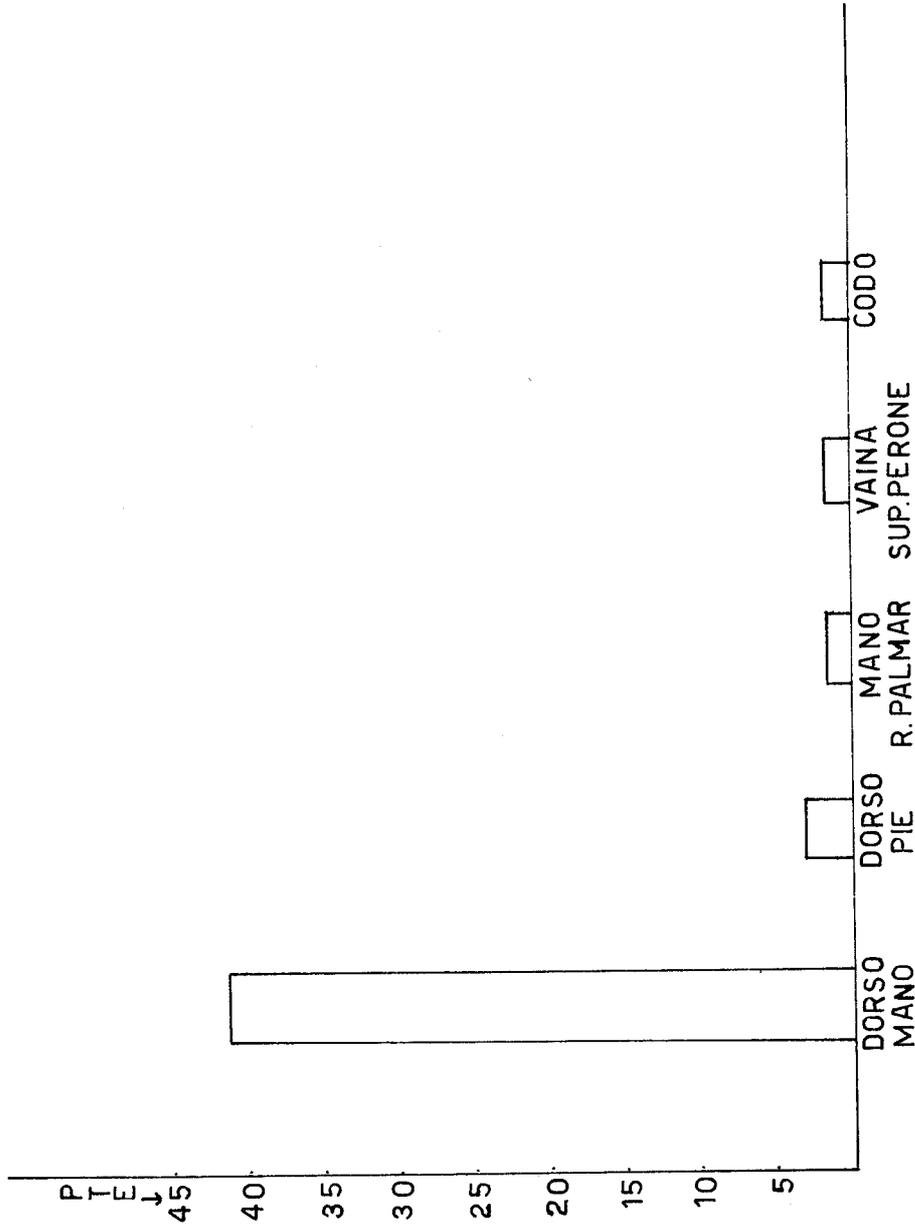


CUADRO No. 4

LOCALIZACION

Este cuadro muestra que la mayor frecuencia se encontró en el dorso de la mano (radio carpiana), siguiendole en orden: dorso del pié, región palmar de la mano, articulación del codo, inserción superior de peroneos laterales.-

CUADRO. - N° - 4 -



CAPITULO IV

DISCUSION

En nuestros casos se usó, de elección el tratamiento quirúrgico, empleando resección completa del quiste con la técnica descrita anteriormente.

Pues se sustenta el criterio que dicho tratamiento es el más efectivo y que por ser radical es el que deja menos posibilidad de recidiva.

En la presente revisión, encontramos dos casos de recidiva, o sea el 4.08%; ambos casos de localización en el dorso de la mano, en relación con la articulación radio--carpiana, y en pacientes mujeres.

Ambos casos fueron operados siguiendo los mismos principios quirúrgicos empleados en todo el grupo; en el primer caso se hizo necesaria una nueva resección del quiste, a los 10 meses de la primera; después de lo cual, la paciente ha quedado sin molestias, y en la actualidad no -- hay evidencia de recidiva.

El segundo caso fué una recidiva a los dos meses de haber sido intervenida, y cuando se había decidido resear el nuevo quiste sinovial, éste desapareció espontáneamente.

Dicho proceso de desaparición espontánea se encuentra descrito frecuentemente en la literatura, teniéndose la idea que una de las paredes del quiste (la más próxima), se rompe hacia una cavidad articular o vaina tendinosa sinovial, dando lugar a que el quiste se vacíe, colapsándose - sus paredes, lo cual hace que desaparezca la tumefacción y la sintomatología cuando ésta existía anteriormente.

Es de la misma manera, como se explica el viejo tratamiento de golpear el quiste con cierta fuerza, haciendo que éste al romperse drene hacia una cavidad articular o vaina sinovial tendinosa.

Dicho tratamiento aún se describe como el clásico, -- empleado por estudiantes, haciendo desaparecer el quiste sinovial con golpes proporcionados por sus propios libros.

Para ilustrar el proceso de desaparición espontánea - presentamos una fotografía del 2o. Caso, después que éste - desapareció espontáneamente.

CAPITULO V

SUMARIO:

Este trabajo se presenta con el objeto de considerar - la revisión y evaluación de los casos de quiste sinovial, tratados en Consulta Externa de Cirugía del Hospital General, cuyo número fué de 49 pacientes, tratados quirúrgicamente en forma ambulatoria, de los cuales 17 fueron hombres y 32 mujeres, oscilando entre las edades de 13 a 20 años, - predominando en el punto de localización la dorso-carpiana -- con 41 casos de los 49 estudiados.

Al enunciar las etiologías formuladas por diferentes autores la ocupación de los pacientes, estudiados y tratados en nuestro medio, no se estableció relación de la ocupación con la aparición del quiste sinovial; a pesar que - Bunnell en los casos estudiados obtuvo un 50% de casos de quiste sinovial, cuya aparición fué precedida por un traumatismo.

Se presenta en forma gráfica, los resultados de la -- revisión de los casos de Quiste Sinovial, habiendo observado que el tratamiento Quirúrgico dió los mejores resultados, ya que de los 49 casos solamente dos recidivaron; no habiendo tenido ninguna complicación.

CONCLUSIONES:

- (1) De los 49 casos estudiados 32, fueron mujeres y 17 hombres, lo que demuestra que el sexo femenino tiene mayor incidencia de quiste sinovial.
- (2) La edad de más frecuencia del ganglión es la segunda década de la vida; se hace notar que no se encontraron casos, en pacientes de edad avanzada, siendo el caso de más edad de 48 años.
- (3) La localización dorso-carpiana fué la encontrada con más frecuencia, con un porcentaje de 85.7%.-
- (4) La sintomatología encontrada más frecuentemente fué: -- dolor de poca intensidad; sensación de molestia y de debilidad en los movimientos de articulaciones cercanos al quiste. Sin embargo debe mencionarse que en la mayoría de los casos el tratamiento fué buscado, debido a lo anti-estético de la tumoración.
- (5) La etiología del ganglión continúa aún en discusión, ya que ninguna de las teorías, propuestas ha logrado una explicación que satisfaga todos los criterios; prueba de ello es el número de teorías que han surgido.
- (6) Considerando la teoría que postula la ocupación co--

(23)

no causa etiológica, el presente estudio, no dió ningún resultado concluyente, debido a la diversidad de ocupaciones encontradas.

- (7) El tratamiento quirúrgico fué el de elección en todos los casos tratados y de los 49 que se estudiaron y trataron solamente dos recidivaron, uno ameritó reintervención y el otro curó espontáneamente.-

-----o-----

BIBLIOGRAFIA

- 10- Bunnell, Sterling. Cirugía de la Mano
Barcelona, Publicaciones Médicas
José Janes Ed. 1951. pp. 1095-1102.
- 20- Cristopher, Frederck. Tratado de Patología Quirúrgica
7a. Ed. México, Ed. Interamericana, 1961.
pp. 1189-1190.
- 30- Entin, Martín A. Sterling Bunnell
un gigante quirúrgico en acción.
Clínicas quirúrgicas de N.A.
Agosto, 1964. pp. 889-895.
- 40- Guatemala, Hospital General (Archivos de Registros Mé-
dicos Quirúrgicos, Marzo de 1964, Agosto de 1965.)
- 50- Henry, Arnold K. Exposición extensible aplicada a la Ci-
rugía de los miembros. Barcelona, Salvat Ed., 1953.
pp. 55-84
- 60- Hohmann, Georg. Mano y Brazo sus afecciones y tratamien-
to. Barcelona, Ed. Labor, 1955. pp. 232-234.
- 70- Nichols, Himir. Cirugía de la mano
México, Ed. Interamericana, 1956. 353 p.
- 80- Robbins, Stanley L. Tratado de patología con aplicación
Clínica. 2a. Ed. México, Ed. Interamericana, 1963.
pp. 1091-1101.
- 90- Tubiana R. y P. Valentín. Anatomía del aparato extensor
de los dedos. Clínicas quirúrgicas de N.A. Agosto,
1964. pp. 897-918.

Vº. Bº.

Ruth R. de Amaya
Bibliotecaria
de la Facultad de Ciencias
Médicas