
Quiste sinovial extraarticular por fístula interna trans tendón rotuliano postraumática

Reporte de caso

Dr. Claudio H. Mingo Saluzzi, Dr. Martin Pombo

RESUMEN: Se describe un caso de formación de un quiste mucoide extraarticular originado en un fístula sinovial interna postraumática a través del tendón rotuliano. Los tratamientos previos con punciones, estudio del líquido e inmovilización lograban remisiones parciales y temporales, con recidiva de la tumoración. El estudio detallado de RMN pudo hacer el diagnóstico objetivando una fístula de origen articular a través del tendón rotuliano. La resección abierta del quiste con su origen fistuloso y el cierre del tendón fue efectiva en la solución de la patología.

ABSTRACT: We describe a synovial cystic developed through internal synovial fistula from within the synovial knee as a result of a traumatic close blow with a tear of the patellar tendon that have not been described, in our knowledge, in the medical literature. Previous treatments with puncture, study of liquid and immobilization achieved temporary and partial remissions with recurrence of the tumor. With an MRI study we could reach the diagnosis of a fistula through its articular origin in the patellar tendon. Open resection of the cyst and fistulous tract and its origin with the closure of the tendon was effective in the resolution of the pathology.

Key words: Synovial cyst.

INTRODUCCION

Las fístulas sinoviales son entidades clínicas reconocidas y generalmente están asociadas a cirugías artroscópicas o abiertas alrededor de la rodilla. (1) Casos relacionados con los portales artroscópicos de rodilla, tobillo y hombro o con los túneles óseos y formación de quistes en cirugía de reconstrucción del ligamento cruzado anterior han sido reportados en la literatura (1, 2). Fístulas postraumáticas internas han sido reportadas comunicadas a la Bursa prerotuliana preexistente (3, 4), sin embargo formaciones quísticas nuevas desarrolladas por una fístula sinovial interna a través del tendón rotuliano luego de un traumatismo cerrado no han sido descriptos ni reportadas.

REPORTE DE CASO

Paciente masculino de 54 años que consulta por tumoración fluctuante en cara anterior y supero interna de la rodilla. Refiere como comienzo un trauma

directo en la zona rotuliana 2 años antes durante su actividad laboral; el trauma fue contra un objeto agudo no punzante en la zona del tendón rotuliano estando con su rodilla en flexión de 90 grados. Con estudios Rx simples normales fue tratado sintomáticamente con hielo y Aines, y pasado el periodo inflamatorio y el hematoma inicial resuelto se reintegró sin problemas a su actividad laboral.

El dolor cedió pero persistió una pequeña tumoración que fue creciendo paulatinamente y se extendió superiormente a la cara anterior e interna de la rodilla. (Fig. 1)

Fue tratado inicialmente con 2 punciones aspirativas reposo laboral e inmovilización con remisiones parciales y temporales de la tumoración pero con nuevas recidivas. El análisis del líquido de punción y los valores de laboratorio descartaban un proceso infeccioso activo.

El paciente presentaba una tumoración en cara anterior de rodilla prerotuliana que se extendía a través de un trayecto sinuoso con otra tumoración en cara supero interna de la rodilla superior y medial a la rótula. Los estudios radiográficos simples fueron negativos y la RMN mostró una lesión tumoral quístico multiloculada y que se originaba a través de una fístula

Correspondencia:
Claudio H. Mingo Saluzzi
Av. Belgrano 3402 - Buenos Aires - Argentina
Fax 54 11 48018050 - E. Mail: claudiomingo@arnet.com.ar



Figura 1: vista externa del quiste sinovial. **A:** vista frontal. **B:** vista lateral.



Figura 2: RMN que muestra la localización medial y anterosuperior a la patella, extendiéndose desde su origen en el tendón patellar.

tula a través del tendón rotuliano, sitio donde había recibido el traumatismo 2 años atrás. (Fig. 2)

Con estas imágenes y el diagnóstico presuntivo de quiste sinovial postraumático se realizó una artroscopia de rodilla que confirmó la fistula evidenciada por el flujo intraarticular de un líquido viscoso de aspecto sinovial al hacer compresión externa de la tumoración. No se encontró patología intraarticular relacionada con la fistula, solo condropatías difusas y degeneración meniscal sin evidencia de ruptura. Con cirugía abierta y a través de una incisión anterior sobre la tumoración se resecó la misma y se siguió el trayecto fistuloso hasta la entrada articular a través del tendón rotuliano, resecando la misma de 1cm de longitud cefalocaudal y haciendo el cierre del tendón con puntos de sutura no reabsorbibles N. 2. (Fig. 3) La anatomía patológica mostró un quiste mucoso de origen sinovial así como las características del líquido de origen sinovial.

El paciente fue inmovilizado con un vendaje elástico compresivo y férula en extensión y utilizó muletas para descarga durante las primera semana; partir de la segunda semana se retiró férula y se permitió



Figura 3: Resección quirúrgica del quiste.

flexión progresiva. El paciente recuperó movilidad y fuerza paulatinamente con movilidad normal a las 6 semanas y a partir de esa fecha se le permitió realizar tareas laborales físicas livianas con alta final a partir de los 3 meses. El paciente no refirió recurrencia de su tumoración y se reintegró totalmente a su actividad laboral previa.

DISCUSION

Las fistulas sinoviales externas en rodilla son entidades clínicas raras pero bien descritas y si no se resuelven pueden ser causa de morbilidad prolongada. Han sido reportadas asociadas a los portales artroscópicos con una frecuencia entre 0.0117% y 0.61% según la literatura. (1) Quistes sinoviales con origen fistuloso articular han sido descritos originados a través de los túneles óseos en cirugías del LCA. (2) También han sido descritos trayectos fistulosos asociadas a material de sutura no reabsorbibles en hombro y rodilla, o en relación a la presencia de material protésico intraarticular. (1) Ocasionalmente, están asociadas a procesos infecciosos y descartar los mismos antes del tratamiento definitivo es vital.

Sin embargo, las fistulas internas postraumáticas son entidades clínicas raras. Smanson describió una fistula sinovial comunicada con la Bursa prepatelar originada por un trauma y asociada a un proceso infeccioso (3). Diduch y colaboradores describieron un caso de fistula articular bursal motivada por un trauma y mantenida por patología articular intraarticular causada en el mismo trauma y que perpetuaba un cuadro de sinovitis articular como origen del proceso. (4)

Este caso muestra un raro episodio de desarrollo de

un quiste sinovial extraarticular de localización subcutánea en la cara antero interna de la rodilla suprapatelar originado en una fistula a través del tendón rotuliano. Los tratamientos previos con aspiración, compresión y limitación de actividades fracasaron, al no detectar la comunicación articular. La RMN fue de gran utilidad en el diagnóstico, pudiendo demostrar la comunicación entre el quiste y la articulación a través de un trayecto sinuoso que se originaba infrapatelar a través del tendón. La artroscopia pudo confirmar la comunicación, pero no así la patología intraarticular asociada.

El trauma directo sobre la cara anterior de la rodilla con un objeto agudo no punzante causó una herida con solución de continuidad del tendón y originó una fistula que fue desarrollándose hacia proximal con la formación de un quiste sinovial multiloculado en cara anterior de rodilla extendiéndose 10 cm proximal a su origen en la zona traumática. (Fig. 4) La resección abierta del quiste con su origen fistuloso y el cierre del tendón fue efectiva en la resolución de la patología.

Los quistes sinoviales extraarticulares originados en fistulas internas cerradas postraumáticas son entidades raras. La detección del trayecto fistuloso y su origen es importante para el diagnóstico y tratamiento.

Ante la recidiva frente al tratamiento con punciones evacuatorias e inmovilización, la búsqueda de un origen fistuloso articular con una RMN de alta reso-



Figura 4: Rx de la vista lateral del tejido blando en la que se observa la extensión céfalocaudal del quiste.

lución y su resección abierta con cierre de la comunicación articular, es efectiva en la resolución de la patología.

BIBLIOGRAFIA

1. Yiannakopoulos CK. Diagnosis and treatment of postarthroscopic Synovial Knee Fistulae. A report of four cases and Review of the Literature. *J.Knee Surg.* 2007; 20:34-38.
2. Feldman DD, Fanelli GC. Development of a synovial cyst following anterior cruciate ligament reconstruction Arthroscopy. 2001; 17:200-202.
3. Smanson JB. Post-traumatic fistula connecting prepatellar bursa with knee Joint. *J.Bone Joint Surg. Am* 1972;54:1553-1555.
4. Diduch DR., Lee GP. Barr, M. Traumatic articular-bursal fistula in a Collegiate Football player. Case report *Arthroscopy.* 2005; 21:1266.