

# Ganglión Intraarticular de Tobillo

Dr. Luciano Mizdraji, Dr. Sabrina Cicarella, Dr. Hernán Coria, Dr. Héctor Masaragian,  
Dr. Sergio Massetti, Dr. Ezequiel Luege, Dr. Fernando Perin

## RESUMEN

El ganglión intraóseo es una patología poco frecuente. Este trabajo tiene por objetivo presentar un caso con extrusión intraarticular atípica, generando un síndrome friccional anterior de tobillo y presentar su tratamiento artroscópico.

**Palabras Clave:** Ganglión Intraóseo; Intraarticular; Tratamiento Artroscópico; Dolor Crónico Anterior de Tobillo

## ABSTRACT

*Intraosseous ganglion cysts are a rare pathology. We present a case with non-typical anterior intraarticular extrusion leading to anterior ankle impingement and its arthroscopic treatment.*

**Key Words:** *Ganglion Cyst; Intraarticular; Arthroscopic Treatment; Chronic Anterior*

## INTRODUCCIÓN

El ganglión intraóseo es una patología poco frecuente. Son lesiones quísticas con paredes finas y contenido gelatinoso o mucoso.

Hay distintas teorías acerca de su mecanismo de producción pero sigue siendo motivo de discusión. Pueden presentar distintas localizaciones tales como: vaina tendinosa, cápsula articular, intraneural, intraóseo, o como en este caso a nivel intraarticular.

En la revisión bibliográfica, la ubicación intraósea es poco frecuente; generalmente es yuxtaarticular a nivel subcondral de los huesos largos y con relativa frecuencia en el astrágalo. En cuanto a su localización intraarticular se hace referencia a la misma con comunicación hacia la cavidad, pero no hemos encontrado casos reportados de gangliones dentro de dicha cavidad.

Los síntomas son generalmente edema peri articular, dolor al pararse o al caminar de tipo mecánico y dolor a la palpación en dicha zona.

El promedio de tamaño descripto en la bibliografía es de 1 cm y raramente son lesiones mayores de 2 cm, aunque existen casos reportados de hasta 7 cm. Radiográficamente a nivel intraóseo se caracterizan por ser lesiones bien delimitadas, redondeadas, radiolúcidas y con presencia de un anillo esclerótico.

La RMN y la TAC son los estudios complementarios más utilizados para completar el diagnóstico imagenológico.

Este trabajo tiene por objetivo presentar el caso de un paciente con dolor crónico anterior de tobillo postraumático, como consecuencia de un ganglión intraóseo del borde anterior del plafón tibial. La localización es atípica, ya que se presentaba extruido hacia el compartimiento an-

terior del tobillo. Inicialmente fue tratado de manera no quirúrgica y finalmente tuvo resolución artroscópica.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 50 años de edad que concurre a nuestro centro por presentar dolor y edema en cara anterolateral de tobillo izquierdo posterior a traumatismo en inversión forzada. Inicialmente se realizaron radiografías de tobillo frente y perfil con carga sin evidenciar lesión ósea aguda. Ante la persistencia de los síntomas se decidió profundizar los estudios realizándose una RMN que reveló la presencia de edema óseo del reborde anterior de la tibia. Se inició el tratamiento según nuestro protocolo de rehabilitación funcional para entorsis de tobillo, que comprende magnetoterapia, electroestimulación, rehabilitación propioceptiva, coordinación y fortalecimiento de eversores y dorsiflexores. El paciente no mostró mejoría con dicho tratamiento. Luego de 3 meses y ante la persistencia de los síntomas se decide tratamiento quirúrgico artroscópico.

Se realizó bajo anestesia combinada: bloqueo poplíteo para analgesia postoperatoria y anestesia raquídea, con manguito hemostático a nivel del muslo, se colocó al paciente en decúbito supino. Utilizamos artroscopio de 4 mm a 30° con portales clásicos, anterolateral y otro anteromedial. Se realiza sinovectomía anterior con shaver de 3,5 mm observando la presencia de un tumor intraarticular de tobillo, de aspecto quístico, redondeado, blando, liso y nacarado, con origen en la tibia distal, en su cara anterior (Fig. 1).

Se procedió a realizar liberación del mismo. Posteriormente se identificó el pedículo para la resección del ganglión. Se realizaron perforaciones intraóseas en la zona de origen (Fig. 2). El material extraído fue enviado al servicio de anatomía patológica para su estudio. Se observó también despulimiento importante a nivel del cartílago del astrágalo en la zona de fricción contra el quiste articular.

Héctor Masaragian  
masa@cirugiadelpie.net



Figura 1: Imagen artroscópica del ganglión: obsérvese tumor saliendo del borde anterior tibial. El cartílago astragalino se encuentra debajo.



Figura 2: Obsérvese la zona de salida del ganglión, donde se realizaron las perforaciones.

Luego del procedimiento quirúrgico, se coloca un vendaje elástico y se le instaura un protocolo de rehabilitación bajo control kinesiológico. El procedimiento artroscópico realizado no presentó complicaciones. A los 3 meses y 10 días se le dio el alta (paciente laboral), refiriendo molestias esporádicas recién luego de caminar más de 1500 mts pero con una evolución satisfactoria, pudiendo realizar su vida habitual previa al traumatismo.

## DISCUSIÓN

Los gangliones o quistes sinoviales se encuentran clásicamente asociados a vainas tendinosas y articulaciones con membrana sinovial. Se ubican extraarticularmente la mayoría de las veces. Las localizaciones distintas a las ante-

riormente descritas son extremadamente infrecuentes, por lo que pueden confundir al cirujano a la hora de hacer el diagnóstico, y debe prestarse atención a los distintos diagnósticos diferenciales.

Dichas localizaciones pueden ser intraarticulares como en el caso que presentamos, intraóseas,<sup>1</sup> intratendinosas, y menos frecuentemente intraneurales,<sup>2,4,5</sup> pero aún en estos casos, siempre habría alguna conexión con una articulación o vaina sinovial vecina.<sup>4,5</sup>

El diagnóstico en las localizaciones típicas es relativamente sencillo y goza de una alta presunción clínica. La RMN y la ecografía demuestran ser de gran utilidad, y deben complementarse, con el estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica.<sup>2</sup>

Existen descripciones de gangliones intraóseos, pocos en tibia distal,<sup>3</sup> con comunicación a la articulación como sucede habitualmente,<sup>4,5</sup> pero sin extrusión intraarticular del quiste.

En una amplia serie de 251 gangliones intraóseos reportada por Ferkel y col.,<sup>6</sup> en la que 75 gangliones estaban en el tobillo, no se menciona tampoco la extrusión intraarticular de ninguno de los mismos.

El tratamiento, tradicionalmente a cielo abierto, comprende la resección del quiste, curetaje del lecho y aporte de injerto óseo de ser necesario. Está descrita una técnica mini-invasiva en la que se utilizó asistencia artroscópica para realizar la exploración adicional del tobillo con sinovectomía adyuvante, pero la excéresis del ganglión se hizo a cielo abierto.<sup>3</sup> Uyzal y col.,<sup>5</sup> reportaron un caso de ganglión intraóseo de tibia con un tratamiento similar pero se realizó completamente de manera artroscópica y no mencionan extrusión hacia la articulación. Similar reporte realizaron Schouten y Van Dijk<sup>7</sup> para tres casos tratados por gangliones intraóseos del astrágalo.

No encontramos reportes de gangliones intraarticulares, ni de extrusiones intraarticulares de gangliones intraóseos como el reportado por nosotros.

No hemos encontrado bibliografía que contraindique el tratamiento artroscópico, ni que mencione aspectos negativos más allá de su demanda técnica.

## CONCLUSIÓN

Presentamos un caso poco frecuente de un ganglión intraóseo de la cara anterior de la tibia con extrusión hacia el compartimiento anterior del tobillo, generando un síndrome friccional de partes blandas con dolor crónico. No hemos encontrado en la literatura casos reportados con esta patología. La artroscopia de la cámara anterior del tobillo es un método excelente para el diagnóstico y tratamiento de tobillos dolorosos crónicos, con resultados clínicos satisfactorios y bajo porcentaje de complicaciones.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Yasser EA. "Giant Intraosseous Synovial Cyst with Intraarticular Communication with the Ankle Joint in Longstanding Rheumatoid Arthritis". *J Rheumatol* Jan; 2012 39(1):180-181.
2. Stamatis ED, Manidakis NE, Patouras PP. "Intraneural ganglion of the superficial peroneal nerve: a case report". *J Foot Ankle Surg.* 2010 Jul-Aug; 49(4):400.
3. Büchler L, Hosalkar H, Weber M. "Arthroscopically assisted removal of intraosseous ganglion cysts of the distal tibia". *Clin Orthop Relat Res.* 2009 Nov; 467 (11): 2925-31.
4. Spinner RJ, Dellon AL, Rosson GD, Anderson SR, Amrami KK. "Tibial intraneural ganglia in the tarsal tunnel: Is there a joint connection?". *J Foot Ankle Surg.* 2007 Jan-Feb; 46(1):27-31.
5. Uysal M, Akpınar S, Ozalay M, Ozkoç G, Cesur N, Hersekli MA, Tandogan RN. "Arthroscopic debridement and grafting of an intraosseous talar ganglion". *Arthroscopy.* 2005 Oct; 21(10): 1269.
6. Ferkel RD y col. "Intraosseous ganglion cysts of the ankle: a report of three cases with long-term follow-up". *Foot Ankle Int.* 1999 Jun; 20(6): 384-388.
7. Scholten PE, Altena MC, Krips R, van Dijk CN. "Treatment of a large intraosseous talar ganglion by means of hindfoot endoscopy". *Arthroscopy.* 2003 Jan; 19(1):96-100.