

## CARTA CIENTÍFICA

# Etiología excepcional de edema de extremidad inferior: ganglión inguinal

## Unusual cause of lower limb oedema: inguinal ganglion

J.H. Taylor\*, E.M. San Norberto, P. de Marino, V. Gastambide, I. Estevez y C. Vaquero

*Servicio de Angiología y Cirugía Vasculard, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España*

Recibido el 16 de agosto de 2012; aceptado el 22 de octubre de 2012

Disponible en Internet el 6 de marzo de 2013

Presentamos el caso de una extraña etiología de edema de la pierna, descrita por primera vez en la literatura médica inglesa en el año 1990, la compresión extrínseca de la vena femoral por un ganglión de la articulación de la cadera<sup>1</sup>.

Varón de 34 años de edad, que acude a urgencias por edema de extremidad inferior derecha. Como antecedentes personales había presentado hacía 6 años una trombosis venosa profunda (TVP) de dicha extremidad. El estudio de coagulación mostraba un dímero D de 191,7 ng/ml.

A pesar de los valores del dímero D y ante la sospecha clínica de nueva TVP se llevó a cabo el estudio mediante eco-Doppler. En el momento de la exploración ecográfica, se observó la presencia de una tumoración no dolorosa a la palpación a nivel inguinal de unos 5 cm de diámetro, fluctuante, gomosa y de bordes bien delimitados. Por debajo del anillo inguinal no se observa la vena femoral común y se deduce que está colapsada por la masa de contenido quístico que se encuentra a ese nivel (fig. 1).

En el estudio mediante tomografía computarizada (TC) se confirma la existencia de una imagen nodular adherida a la arteria femoral superficial derecha en situación interior, que presenta un tamaño de unos 2,7 cm y parece

corresponderse con una trombosis de la vena femoral. Se procedió a la PAAF del nódulo inguinal con el resultado de material denso amorfo, con escasos histiocitos y citología negativa para células malignas.

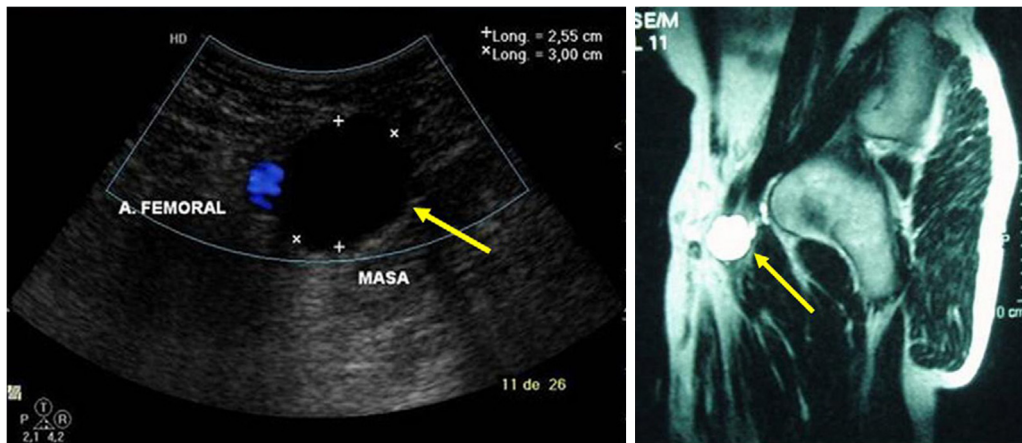
Al paciente se le solicita una RM para intentar filiar el origen de esta tumoración inguinal. La masa tiene bordes bien definidos, es hiperintensa en secuencias T2 y STIR, y no mostraba signos de malignidad, tratándose de una imagen quística. Como primera posibilidad podría tratarse de un ganglión con un infundíbulo largo que depende de la articulación coxofemoral (fig. 1).

Como hallazgos operatorios se encuentra una tumoración quística de 4 por 2,5 cm entre la arteria y la vena femoral común, la cual se encuentra trombosada y con múltiples colaterales venosas. Presentaba un pedículo estrecho y fino que se prolonga hacia la articulación coxofemoral. Para la resección de la tumoración quística se requirió la ligadura de la vena femoral trombosada proximal y distalmente con exéresis de parte de la misma conjuntamente con la lesión. El pedículo fue ligado lo más distalmente posible (fig. 2). A la apertura del quiste se encontró un material claro de consistencia gomosa. El diagnóstico fue confirmado en el estudio histopatológico tras observar una estructura de paredes hialinizadas y células mesenquimatosas fusiformes.

Los gangliones o quistes sinoviales son masas que se caracterizan por poseer sinoviocitos parietales, un

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [ira.tenax@hotmail.com](mailto:ira.tenax@hotmail.com) (J.H. Taylor).



**Figura 1** Eco-Doppler inguinal (izqda.): arteria femoral y masa hipoecogénica de 3 × 2,55 cm. No se visualiza la vena femoral. RM corte coronal de articulación de la cadera (dcha.): quiste hiperintenso con infundíbulo comunicante con la cavidad articular coxofemoral.

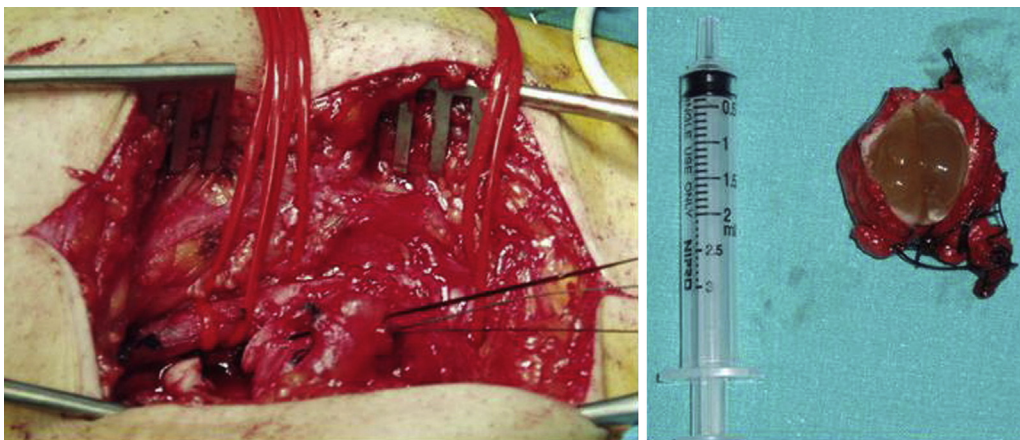
contenido líquido de tipo sinovial y una comunicación con la articulación. Su localización más habitual son las extremidades, en particular la muñeca, el hueso poplíteo y más raramente, en la cadera. En la mecánica, el mecanismo de lesión se responsabiliza a una comunicación de tipo valvular, entre la cavidad articular y la bolsa serosa del psoas, que se correspondería con un enquistamiento sinovial. Cualquier incremento de la presión intraarticular motiva la entrada de líquido articular en el quiste, donde aumenta su contenido en macromoléculas, se hace más viscoso y favorece la formación de depósitos de fibrina. La clínica habitual es la de una masa palpable, aunque se han descrito compresiones de estructuras vecinas o el genitocrural incluido, el nervio crural, provocando una clínica de claudicación intermitente<sup>3</sup>. También pueden ser de localización intrapélvica<sup>4</sup>.

Se trata de una afección poco habitual a nivel inguinal y a cuyo diagnóstico definitivo se llega habitualmente en la cirugía y con el estudio anatomopatológico. La RM se ha propuesto como la técnica de imagen de referencia en su tratamiento, aunque mediante el estudio ecográfico y con

eco-Doppler se puede alcanzar una gran aproximación diagnóstica, constituyendo una opción que se puede realizar a la cabecera de la cama del paciente y de menor coste<sup>5,6</sup>. La combinación de estudios con ecografía, TC y la RM fueron clave para esclarecer el diagnóstico; la ecografía para detectar la masa en una primera instancia, y la TC y la RM para filiar el posible origen y sus relaciones anatómicas.

Las opciones terapéuticas descritas comprenden tanto las quirúrgicas como las conservadoras. Si se sospecha malignidad o existe afectación vascular o nerviosa, la resección quirúrgica está justificada. El abordaje recomendado es la incisión infrainguinal longitudinal y la resección total de la tumoración tras el control de los vasos<sup>7,8</sup>. En cuanto a la edad de técnicas descritas, suturándolo o ligándolo unas<sup>1,9</sup> o, por el contrario, dejándolo abierto otras, sin incremento aparente de recidivas<sup>10</sup>. Pocas referencias se han publicado de tratamiento conservador, basándose este en la aspiración percutánea y la perfusión de corticoides.

El caso aquí descrito comenta una etiología poco común del edema unilateral de extremidades inferiores, de masa



**Figura 2** Campo quirúrgico (izqda.): bandas de silicona controlando la arteria femoral, ligaduras de seda en ganglión. Quiste extirpado conjuntamente con vena femoral y satélites adheridas, con contenido gelatinoso claro (dcha.).

inguinal y compresión venosa. A pesar de su baja incidencia, es una posibilidad que se debe tener en cuenta al valorar la clínica aquí descrita, tanto por médicos generales, radiólogos o cirujanos.

### Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

### Bibliografía

1. Wu CC, Liu TJ. An unusual ganglion communicating with hip joint resembling a femoral hernia. *Acta Chir Scand.* 1986;152:705-6.
2. Duato A, Azcona JM, Lorente MC, Ortiz J. Compression of the femoral vein caused by a synovial cyst of the hip. *Angiologia.* 1989;41:156-60.
3. Golledge J, Faber RG. Hip ganglion: case report and review of the literature. *J R Coll Surg Edind.* 1996;41:405-7.
4. Campeas S, Rafii M. Pelvic presentation of a hip joint ganglion: a case report. *Bull Hosp Jt Dis.* 2002-2003;61:89-92.
5. Cassina PC, Hauser M, Kossmann T, Brunner U. Juxtaacetabular ganglion as a differential diagnosis in pulsating groin masses. *Vasa.* 2000;29:75-6.
6. Harris JM, North Jr JH, Hamelink JK. The utility of ultrasonography in the evaluation of groin masses: a case report. *Am Surg.* 1997;63:1002-4.
7. Mahrlein R, Weiland G, Schmelzeisen H. Ganglion of the hip: report of five cases. *J South Orthop Assoc.* 2001;10:1-5.
8. Clarke MD, Edwards, Barker P. Ganglion of the hip joint: we present a logical approach to the exploration of a mass in the femoral triangle. *J R Army Med Corps.* 1999;145:145-6.
9. Gale SS, Fine M, Dosick SM, Whalen RC. Deep vein obstruction and leg swelling caused by femoral ganglion. *J Vasc Surg.* 1990;12:594-5.
10. van Riet YE, van Vroonhoven TJMV, van der Werken C, Berkhoudt AN. Bursae communication with the hip joint: a report on 2 cases. *Acta Orthop Belg.* 1996;62:120-2.