

A propósito de un caso, dolor isquiático por quiste sinovial

LIDIA VÁZQUEZ VALENZUELA, MARÍA CAMPOS MENESES, SERGI BOADA PIE, JORDI RECASENS URBEZ
Y JUDITH SALUDES SERRA

RESUMEN

Los tendones isquiotibiales están formados por los tendones de los músculos semimembranoso, semitendinoso y porción larga del bíceps femoral, cuyo origen se encuentra en la tuberosidad isquiática y su inserción en tibia y cabeza de peroné, contribuyendo a la extensión de cadera y flexión de rodilla. La tendinopatía proximal de los isquiotibiales suele ir asociada a una inflamación de la bursa que se encuentra entre el glúteo mayor y la tuberosidad isquiática, provocada por una presión continuada durante la sedestación prolongada o por movimientos repetitivos del glúteo mayor. A continuación, se expone el caso de una mujer de 63 años que consulta por dolor en glúteo izquierdo de 14 meses de evolución de tipo continuo y que empeora en sedestación. A la exploración, dolor a la palpación de la tuberosidad isquiática y limitación a la flexión de rodilla y extensión de cadera. La ultrasonografía muestra una imagen hipoecogénica situada en la parte interna de la tuberosidad isquiática que según la resonancia magnética parece corresponderse con un quiste sinovial en relación al origen proximal de los tendones isquiotibiales izquierdos asociado a entesopatía bilateral y que no responde al tratamiento médico ni rehabilitador, así como tampoco a la infiltración peritendinosa de triamcinolona con levobupivacaína, por lo que se decide aspiración del contenido quístico ecoguiado que vuelve a reaparecer en controles posteriores. Se decide interconsulta con Traumatología, que propone desinserción proximal de tendones isquiotibiales con notable mejoría analgésica tras intervención quirúrgica.

Palabras clave: Tendinopatía proximal de los isquiotibiales. Quiste sinovial. Desinserción proximal.

ABSTRACT

The hamstrings are composed of three muscles: the semimembranosus, semitendinosus and the biceps femoris, which originate at the ischial tuberosity and insert at the fibular head, allowing hip extension and knee flexion. Proximal tendinopathy of the hamstrings usually coexists with ischiogluteal bursa inflammation, which is located between the gluteus maximus muscle and the ischial tuberosity and it can be caused by prolonged sitting periods or repetitive movements of the gluteus maximus. We report the case of a 63 years old woman with a fourteen months history of continuous left buttock pain that exacerbates while seated. Pain with ischial tuberosity palpation, knee flexion and hip extension movements restrictions were observed. Ultrasonography shows an hypoechoic image located on the inner side of the ischial tuberosity which, according to the MRI results, could be adjacent to the proximal origin of the left hamstrings synovial cyst, which is associated with a bilateral enthesopathy that does not answer to the medical or rehabilitation treatment, neither does to the peritendinous infiltration of levobupivacaine and triamcinolone. The cyst is aspirated by ecoguided needle puncture but there is no pain relief in subsequent check-ups, so a Traumatology consultation is requested. After a proximal desinsertion of the hamstring muscles, the patient presents a major analgesic improvement. (DOLOR. 2019;34:91-4)

Key words: Proximal tendinopathy of the hamstrings. Synovial cyst. Proximal desinsertion.

Corresponding author: Lidia Vázquez Valenzuela, lvrvv@hotmail.com

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 63 años con antecedentes patológicos de síndrome depresivo y episodios de lumbociatalgia irritativa en territorio de raíz S1 izquierda que ya era llevada en nuestra Unidad en tratamiento farmacológico habitual con citalopram 20 mg cada 24 h, gabapentina 600 mg cada 8 h y tramadol/paracetamol 37,5 mg/325 mg cada 6 h. Alergia a metamilizol y a amoxicilina-ácido clavulánico. No intervenciones quirúrgicas previas.

La paciente acude nuevamente a consulta de clínica del dolor aquejando dolor continuo en nalga izquierda de EVA 6/10 de 14 meses de evolución que empeora a la sedestación (EVA 9/10) y que no cede tras la toma de AINE. Trabaja como asistente del hogar pero actualmente está de baja.

A la exploración física, presenta dolor a la palpación de la tuberosidad isquiática izquierda. Manteniendo la posición en decúbito prono se realizan maniobras para examinar tanto la fuerza concéntrica como excéntrica de los músculos isquiotibiales, colocando primeramente la rodilla de la paciente en flexión de 90° para examinar su fuerza concéntrica y posteriormente en flexión de entre 15 y 30° para medir su fuerza excéntrica. En ambos casos la paciente presenta dolor al realizar dichas maniobras. Se realiza rotación externa e interna para acentuar el estrés ejercido en bíceps femoral y semimembranoso y semitendinoso, respectivamente, resultando ambas maniobras positivas. El resultado del test de FABER es negativo.

Se decide realizar exploración ecográfica, de la cual destaca dolor a la colocación de la sonda en tuberosidad isquiática izquierda junto a imagen hipoeecogénica de aproximadamente 2 × 2 cm situada en la parte interna de esta. Las estructuras evaluadas son el glúteo mayor y su tendón, el glúteo medio y su tendón, los rotadores externos, los músculos isquiotibiales y sus tendones, la tuberosidad isquiática con la bursa isquioglútea, el nervio ciático y la parte posterior de la articulación de la cadera, de las cuales no se observan alteraciones anatómicas significativas.

Se realiza infiltración peritendinosa del origen proximal de los tendones isquiotibiales con triamcinolona y levobupivacaína y se solicita una resonancia magnética pélvica.

Debe realizarse un diagnóstico diferencial entre seis entidades que podrían ocasionar dolor en el compartimento proximal del muslo posterior en este tipo de

paciente, a saber: radiculopatía lumbar, síndrome isquiotibial, disfunción de la articulación sacroilíaca, síndrome del piriforme y tumor óseo pélvico.

- Las fracturas de estrés del cuello del cuello femoral son típicamente causadas por movimientos compresivos repetitivos sobre la articulación y destacan en corredores de larga distancia. El inicio del dolor es insidioso e inicialmente únicamente es notable con el impacto, finalmente aparecerá también en reposo y tendrá un *fulcrum* y *hop* test positivos en la extremidad afectada. La exploración de los músculos isquiotibiales no estará afectada.
- En el caso de la radiculopatía lumbar el dolor involucra a la zona lumbar baja y suele irradiar por debajo de la rodilla. La historia clínica suele mostrar empeoramiento del dolor a la sedestación, al toser e inclinarse hacia delante, que no se verían típicamente alterados en el caso de lesión isquiotibial. Además, la exploración física no muestra dolor a la palpación de la tuberosidad isquiática y sí debilidad neurológica asociada al nivel de afectación de la raíz nerviosa. Una resonancia magnética lumbar revelaría el origen de la lesión en la mayoría de los casos.
- El síndrome isquiotibial es causado por una irritación del nervio ciático a nivel de los tendones isquiotibiales debido a repetidas lesiones producidas en estos o por bandas fibróticas congénitas. En el caso de nuestra paciente se descartaría dicho síndrome, puesto que no presenta síntomas de irritación neurológica.
- La disfunción de la articulación sacroilíaca presenta un test de FABER positivo y, aunque el dolor del muslo puede irradiarse a la zona posterior, la fuerza y exploración ecográfica de los músculos isquiotibiales se encuentra preservada.
- El síndrome del piriforme destaca por dolor en la nalga y/o proximal al área isquiotibial. El dolor se exacerba con la flexión de cadera asociada a la rotación externa activa/rotación interna pasiva de esta. Pueden presentarse síntomas de atrapamiento ciático e incluso podría palparse espasmo del músculo piriforme. El signo de Lasègue suele ser positivo. No hay afectación isquiotibial.
- Un tumor óseo pélvico que se originara en la tuberosidad isquiática podría inicialmente imitar a una tendinopatía isquiotibial cuyo dolor persistiría durante el descanso nocturno. El mejor método diagnóstico sería la realización de una TC pélvica.



Figura 1. RM que muestra signos de entesopatía insercional de musculatura isquiotibial bilateral con lesión de partes blandas de contenido líquido multiseptada y de márgenes polilobulados que muestra diámetros aproximados de 4.5 x 2 cm sospechosa de quiste sinovial.

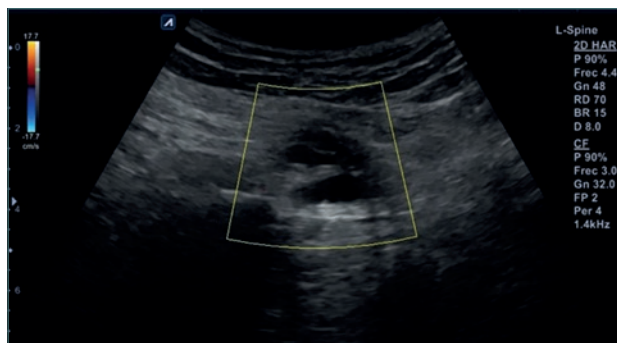


Figura 2. Imagen hipoeoica multilobulada adyacente a tuberosidad isquiática izquierda. Aspiración ecoguiada del contenido quístico de características hemáticas.

Siete meses posteriores a la última visita, la paciente acude nuevamente a consulta de clínica del dolor sin mejoría de su situación previa. La resonancia magnética pélvica muestra entesopatía insercional proximal isquiotibial bilateral e imagen sospechosa de quiste sinovial en la inserción proximal de los tendones isquiotibiales izquierdos (Fig. 1). Se realiza ecografía de control que no presenta cambios respecto a la previa (Fig. 2) y se decide evacuar el contenido quístico de forma ecoguiada mediante aguja de Touhy 18 G (Fig. 3). Se aspiran 4 ml de líquido amarillento de consistencia viscosa que es enviado a Anatomía Patológica y 40 ml de líquido hemático. Se administran 10 ml de levobupivacaína y triamcinolona donde había sido



Figura 3. Imagen hipoeoica multilobulada adyacente a tuberosidad isquiática izquierda. Aspiración ecoguiada del contenido quístico de características hemáticas.



Figura 4. Desinserción proximal tendones isquiotibiales izquierdos.

aspirado el contenido quístico. Se cita a consultas tras tres meses de rehabilitación pautada, con aumento del dolor tras realización de esta. A la exploración ecográfica se objetiva recidiva de imagen hipoeogénica anteriormente aspirada, por lo que se realiza nueva aspiración con extracción de 20 ml de líquido hemático. Los resultados obtenidos de la primera citología adquirida mostraron células compatibles con sinoviocitos.

Se decide interconsulta con Traumatólogo especializado en patología de cadera, que recomienda desinserción proximal de tendones isquiotibiales izquierdos (Fig. 4). Tras dos semanas postintervención, en tratamiento con AINE y medidas de protección isquiática, la paciente presenta una notable mejoría tanto en bipedestación como durante la sedestación, EVA 1 y 2, respectivamente.

Se trata de un caso de tendinopatía crónica proximal bilateral de los isquiotibiales asociada a un quiste de

origen sinovial izquierdo, el cual es el presunto causante del dolor de la paciente, ya que este mejora tras la intervención realizada.

DISCUSIÓN

La tendinopatía proximal de los músculos isquiotibiales se produce típicamente en deportes en los cuales hay una importante aceleración y desaceleración a una alta velocidad, como es el caso del fútbol y del fútbol americano, puesto que la flexión de cadera combinada con una completa extensión de rodilla favorece la lesión de los tendones isquiotibiales. La paciente que aquí se presenta no practica ningún deporte ni permanece largos periodos de tiempo en sedestación, que pudieran sugerir una bursitis isquiática, sin embargo, aunque no podamos filiar el origen de su tendinopatía, el dolor que describe es de localización izquierda, coincidiendo con el quiste sinovial detectado tanto en ecografía como en resonancia magnética, por lo que se consideró como el causante del dolor.

No se han encontrado estudios aleatorizados con doble ciego ni guías clínicas que hagan referencia al manejo terapéutico en quistes sinoviales proximales a la tuberosidad isquiática por lo que, tras fracasar la terapia conservadora y rehabilitadora durante más de seis meses, se decide realizar interconsulta con Traumatología.

CONCLUSIONES

- La tendinopatía proximal de los tendones isquiotibiales es una patología frecuente en deportistas de élite que practican deportes donde hay un importante componente de flexión de cadera y extensión de rodilla, como en el fútbol y el fútbol

americano, aunque también pueden presentarse en pacientes que no cumplan este perfil.

- La anamnesis y la exploración física constituyen un pilar fundamental en el diagnóstico diferencial del dolor en compartimento proximal de muslo posterior, así como el diagnóstico ecográfico, caracterizado por ser no invasivo y su fácil aplicación a pie de cama.
- Ante la escasez de evidencia científica en una patología con baja incidencia es aún más importante si cabe la atención multidisciplinaria para proporcionar la mejor atención posible al paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Askling CM, Tengvar M, Saartok T, Thorstensson A. Proximal hamstring strains of stretching type in different sports: injury situations, clinical and magnetic resonance imaging characteristics, and return to sport. *Am J Sports Med.* 2008;36(9):1799.
- Brukner P. Hamstring injuries: prevention and treatment-an update. *Br J Sports Med.* 2015;49(19):1241-4.
- Fields KB, Coplan ST, Tipton JS. Hamstring muscle and tendon injuries [Internet]. Waltham, Mass.: UpToDate; 2019. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/hamstring-muscle-and-tendon-injuries#topicContent>
- Hall MM, Rajasekaran S. Musculoskeletal ultrasound of the hip [Internet]. Waltham, Mass.: UpToDate; 2019. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/musculoskeletal-ultrasound-of-the-hip?search=Musculoskeletal%20ultrasound%20of%20the%20hip&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#topicContent
- Hopayian K, Song F, Riera R, Sambandan S. The clinical features of the piriformis syndrome: a systematic review. *Eur Spine J.* 2010;19(12):2095-109.
- Johnson R. Approach to hip and groin pain in the athlete and active adult [Internet]. Uptodate. Waltham, Mass.: UpToDate; 2019. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-hip-and-groin-pain-in-the-athlete-and-activeadult?search=Approach%20to%20hip%20and%20groin%20pain%20in%20the%20athlete%20and%20active%20adult&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- Koulouris G, Connell D. Hamstring muscle complex: an imaging review. *Radiographics.* 2005;25(3):571.
- Reurink G, Goudswaard GJ, Tol JL, Verhaar JA, Weir A, Moen MH. Therapeutic interventions for acute hamstring injuries: a systematic review. *Br J Sports Med.* 2012;46(2):103-9.
- Verrall GM, Slavotinek JP, Barnes PG, Fon GT, Spriggins AJ. Clinical risk factors for hamstring muscle strain injury: a prospective study with correlation of injury by magnetic resonance imaging. *Br J Sports Med.* 2001;35(6):435.