

Ganglión de localización atípica en Hallux. A propósito de un caso



Hospital Universitario
de Fuenlabrada

CASO:

Mujer de 54 años consulta por dolor en primer dedo de pie derecho desde hace más de 2 años.

Como antecedentes Diabetes mellitus tipo II y Dislipemia.

- No antecedentes quirúrgicos.

Exploración Física:

primer dedo de pie derecho: Piel seca áspera y fisurada, Tumoración y deformidad de consistencia blanda en cara plantar de falange distal de primer dedo, en cara lateral de mismo dedo lesión ampollosa de contenido serohemático, translúcida

RM DE PIE DERECHO 02-01-2018:

Diagnóstico:

La tumoración referida se corresponde con un ganglión poliloculado de 3 cm dependiente de la vaina del tendón flexor que muestra signos de tenosinovitis.

Discusión:

Los gangliones o quistes ganglionares proceden de degeneración mucosa en órganos ricos en colágeno como vainas tendinosas o capsulas articulares al ser sometidos a estrés mecánico repetido. Aunque su localización mas frecuente es el miembro superior, a nivel de muñecas, la localización en miembro inferior no es rara. Según un estudio de Kirby et al con 83 lesiones de partes blandas en pie y tobillo, los gangliones representaban la **lesión + frecuente** con un 29%. De estos, el 48% en dorso del pie y 32% en tobillo.

Los localizados en el hallux como en nuestro caso suelen derivar de la vaina del **flexor hallucis longus** y el estrés de la carga puede causar formas complejas.

Macroscópicamente son **Lesiones quísticas de paredes finas**. Suelen tener un tamaño de 1.5-2cm de diámetro y localización en tejido subcutáneo y de forma casi invariable en contacto con capsula articular o vaina sinovial.

En Su interior se encuentra un liquido gelatinoso, de composición similar al liquido articular. Habitualmente incoloro, puede variar a amarillento o marrón secundario a hemorragia.

3 componentes:

Un **quiste principal** encapsulado

Ramificaciones del principal, o **seudópodos ganglionares**,

Microquistes en la zona donde contacta el ganglión y la capsula fibrosa o la vaina.

Diagnostico: Principalmente sospecha clínica y la presencia de una masa densa y móvil subcutánea. Suelen ser indoloros, pero los localizados en hallux pueden dar dolor a la carga por la presión directa sobre el mismo.

La **radiografía simple y los US resultan inespecíficos**, pues no suelen afectar hueso y la ECO muestra una colección de liquido adyacente al tendón.

RM: Lesión homogénea hipo intensa en T1, hiperintensa en T2. Bordes suaves sin infiltración o edema circundante.

Útil para caracterizar la naturaleza de la lesión, sus márgenes y planificación quirúrgica

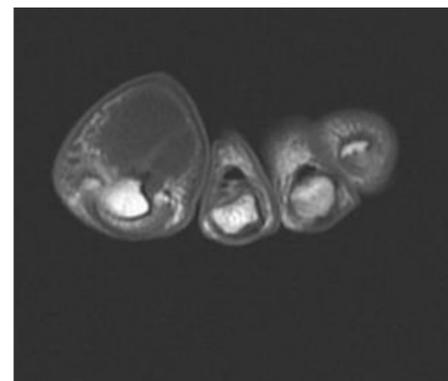
TTO:

Tienden a la **resolución espontanea** 52-58%. Muchos sufren de una **rotura** con posterior resolución

La **Aspiración** es poco eficaz con una alta tasa de recurrencia en 3 años. Esta mejora con la infiltración de GC de larga duración como la triamcinolona consiguiendo hasta 70% resolución.

La **Excisión quirúrgica presenta los mejores resultados**. Hasta 84% resolución.

Para ellos es importante retirar todas las partes del quiste, ramificaciones, quiste principal y raíz.



55 CONGRESO
secot