

GANGLIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR: UNA CAUSA RARA DE DOLOR DE RODILLA EN PACIENTE PEDIÁTRICO.

AUTORES

Iris Elena Blasco Smaranda
Maria José Minotta Quebradas
Marina Abin Saracho

ANAMNESIS

Niño de 10 años de edad que acude a consulta de la Unidad de Ortopedia Infantil por dolor en región posterior de rodilla derecha de 2 años de evolución. Sus padres no recuerdan traumatismo previo. No refieren fiebre ni otros síntomas. No dolor nocturno. No refiere episodios de derrame articular. Tampoco refiere chasquidos, bloqueos ni sensación de fallo. El dolor empeora con determinadas posiciones de la rodilla, sobre todo con la extensión y flexión máximas. Puede hacer una vida normal incluyendo deportes.

EXAMEN FÍSICO

No presenta derrame articular ni dolor a la palpación de prominencias óseas. Presenta un flexo leve de rodilla. La flexión es de 140º, similar a la rodilla contralateral, aunque dolorosa. Las maniobras de McMurray y Apley son negativas. La rodilla es estable. No se observan signos de afectación femoropatelar.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Radiografía anteroposterior y lateral de rodilla: no se observaban lesiones óseas agudas.
- Resonancia magnética (RM) de rodilla: el ligamento cruzado anterior presenta una imagen quística localizada en su inserción femoral situada entre las fibras que mide aproximadamente 1x0,5cm. Estos hallazgos son compatibles con probable ganglion sinovial. (Figura 1)

DIAGNÓSTICO

- Gonalgia secundaria a ganglión de ligamento cruzado anterior.

TRATAMIENTO

El paciente ingresó para cirugía artroscópica de rodilla. A través de los portales anteromedial y anterolateral se realiza una resección artroscópica del ganglión. (Figura 2)

EVOLUCIÓN

Tras la intervención, permaneció ingresado para control del dolor y del derrame articular. Presentó buena evolución por lo que fue dado de alta hospitalaria al día siguiente de la cirugía, con medicación analgésica y medidas físicas, permitiéndose el apoyo progresivo de la extremidad intervenida con ayuda de bastones. A las dos semanas acudió a nuestras consultas para revisión. El paciente acudió caminando con ayuda de muletas, y a la exploración física presentaba una leve tumefacción y flexo de rodilla. Las heridas de los portales habían cicatrizado, y el rango de movilidad era de -10° de extensión y 110° de flexión. Se indicaron ejercicios de flexión y extensión de la rodilla, y ejercicios de fortalecimiento del cuádriceps. A los 2 meses, el flexo había mejorado y la movilidad de la rodilla era de 0° de extensión y 130° de flexión. A la exploración física no presentaba signos de inestabilidad con la maniobra de Lachmann. A los 6 meses el paciente practicaba deporte, y el rango de movilidad era completo y no doloroso.

DISCUSIÓN

Los gangliones intraarticulares en la rodilla son lesiones infrecuentes. Su localización más frecuente es el ligamento cruzado anterior (LCA), seguido del ligamento cruzado posterior (LCP), meniscos y tendón del músculo poplíteo.(1,2,3) Tienen una prevalencia en adultos de hasta el 1.3% de las RM y hasta el 2% de los estudios artroscópicos.(1,3,4) Se desconoce la prevalencia real en los niños, ya que la mayoría de los artículos publicados hacen referencia a casos clínicos aislados.(4,5) La edad de los pacientes pediátricos diagnosticados suele ser entre los 2 y 18 años y es más frecuente en varones.(1,2,4)

Se han propuesto varias teorías en cuanto a su origen, aunque su etiología es desconocida, pudiendo coexistir varias causas.(1,2,3) Una teoría sería que éstos se producirían tras un proceso de degeneración mucinosa del tejido conectivo. Otra teoría propone que los gangliones se producirían en respuesta a la liberación de ácido hialurónico tras un traumatismo, habitualmente repetido y de baja intensidad, que se intercalaría con las fibras del LCA. Otra defiende que su origen sería una herniación del tejido sinovial por algún defecto en la capsular articular o en una vaina tendinosa que se produciría tras un traumatismo.(1,2,3,4,5) En los niños, dada la baja frecuencia de antecedente traumático, y la presencia de un recubrimiento sinovial en el estudio histológico, se postula que estas lesiones son en realidad remanentes embriológicos de tejido sinovial interpuesto con las fibras del LCA. (4,5)

La mayoría de los gangliones del LCA se presentan como hallazgo incidental en la RM, siendo solo el 11% de ellos sintomáticos.(1) Hasta el 67% de los adultos refieren un traumatismo previo.(3,4) Sin embargo, en los niños no parece ser tan frecuente la asociación con un antecedente traumático.(4) Los síntomas habituales incluyen un dolor

intermitente e inespecífico, localizado habitualmente a nivel de la interlínea articular o en la región anterior de rodilla, que puede empeorar con la carga de peso. Pueden asociar derrame articular, bloqueos, chasquidos o restricción de la flexión o la extensión, sobre todo en los últimos grados del movimiento.(1,3,4) Los gangliones localizados en la parte anterior pueden bloquear la extensión, y los localizados en la parte posterior bloquean la flexión. En la exploración, los pacientes habitualmente presentan un LCA competente, con cajones y Lachman negativos.(4)

La RM es la prueba de elección para su diagnóstico. Los gangliones se presentan como estructuras bien delimitadas, redondeadas, lobuladas o mutilobuladas. Se pueden localizar intraligamentosos o directamente adyacentes al LCA. Presentan una señal intermedia o hipointensa en T1 y una señal hiperintensa en T2. La RM permite descartar otras lesiones asociadas como lesiones del cartílago articular y/o lesiones meniscales. El diagnóstico diferencial incluye quiste meniscales, sinovitis villonodular pigmentada, condromatosis sinovial, hemangioma sinovial, sarcoma sinovial y el lipoma intraarticular.(1,2,3,4)

La resección artroscópica es el procedimiento de elección en los casos sintomáticos. La artroscopia puede realizarse a través de los portales habituales. Los gangliones más posteriores pueden requerir un portal posterior. La lesión suele presentar una forma redondeada o fusiforme en íntima relación con el LCA y claramente diferenciada de las estructuras adyacentes.(1,2,4) Alternativamente, se puede plantear una punción evacuadora del quiste guiada por TC o por ecografía. Los inconvenientes son que no permite el estudio histológico del quiste y una mayor tasa de recurrencia. (1,4)

Tras la resección artroscópica del quiste los resultados son buenos o excelentes en el 95% de los casos. (1,2,4) Como complicaciones podemos señalar la recurrencia de la lesión y la posibilidad de rotura iatrogénica del LCA. (1,4) La tasa de recurrencia tras la punción evacuadora es de hasta el 60%.(4)

En conclusión, los gangliones de ligamento cruzado anterior de la rodilla son lesiones infrecuentes en los niños. En la mayoría de los casos son asintomáticos y se diagnostican de forma incidental. En los casos sintomáticos, el dolor es el síntoma más frecuente. La resonancia magnética permite el diagnóstico. La resección artroscópica es el tratamiento de elección en pacientes sintomáticos.

IMÁGENES

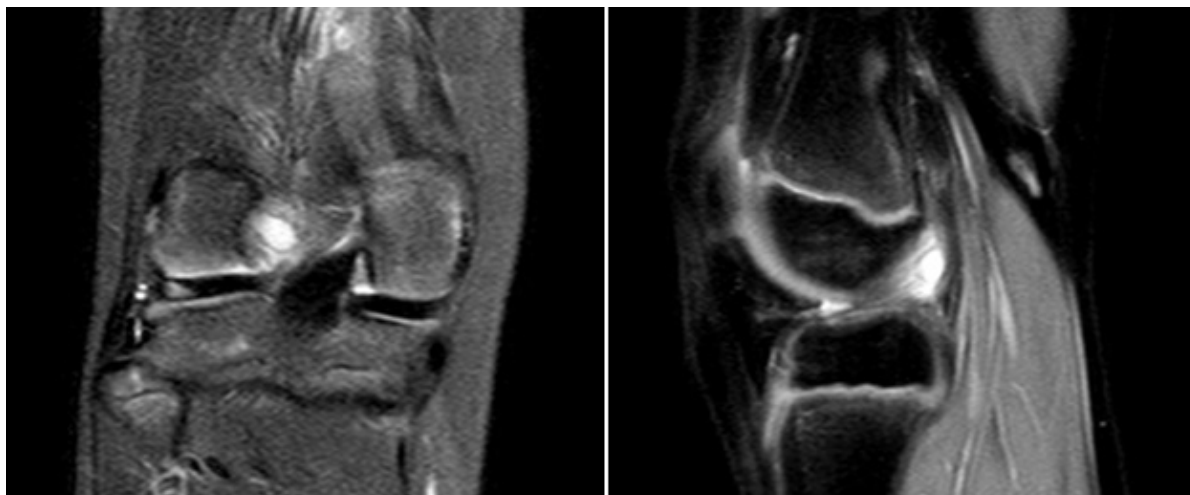


Figura 1: Imágenes de RM en secuencia T2. Cortes coronal (izquierda) y sagital (derecha) en los que se visualiza una lesión de características líquidas localizada a nivel de la escotadura intercondílea, adyacente a la inserción femoral del LCA.

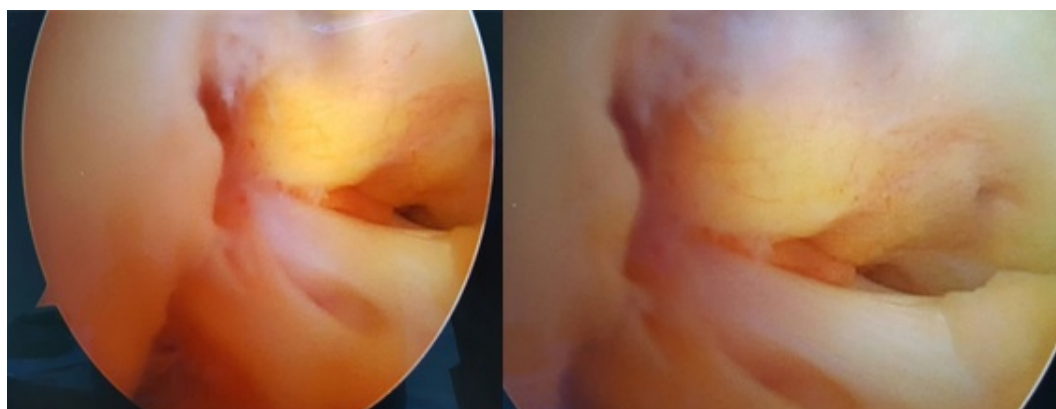


Figura 2: Imágenes artroscópicas intraoperatorias en las que se aprecia una lesión bien delimitada, dependiente del LCA, compatible con ganglión del LCA.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zampeli Francesca, Terzidis Ioannis, Bernard Manfred, Ochi Mitsuo, Pappas Evangelos, Georgoulis Anastasios, 106 - Ganglion Cyst, The Anterior Cruciate Ligament: Reconstruction and Basic Science (Second Edition), Elsevier, 2018, Pages 431-436.e2, ISBN 978-0-323-38962-4.
2. Mao Y, Dong Q, Wang Y. Ganglion cysts of the cruciate ligaments: a series of 31 cases and review of the literature. BMC musculoskeletal disorders. 2012;13:137–137.

3. Casas-Duhrkop, Ares, Seijas, Cugat, Català Anterior cruciate ligament ganglion: a case report. *Acta ortopedica mexicana*. 2013;27(4):246–9.
4. Fillingham YA, Coe MP, Hellman M, Haughom B, Adeniran AO, Sparks MB. Report of ganglion cyst in the anterior cruciate ligament of a 6-year-old child. *The Knee*. 2013;20(2):144–7.
5. Jawish R, Nemer C, Assoum H, Haddad A: Ganglion cyst of the anterior cruciate ligament in children. *J Pediatr Orthop B* 2009, 18(5):234–237.