

ARTÍCULOS ORIGINALES

CORRELACIÓN CLÍNICA ECOGRÁFICA DEL QUISTE SINOVIAL DE MANO Y MUÑECA

Dr. Rafael Martínez Roncal*
Dra. María Elena Salcedo**
Dra. Maribel Escobar Martínez***

RESUMEN

Los quistes sinoviales son tumoraciones que pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo, la localización más frecuente es la mano, su diagnóstico es fundamentalmente clínico.

Objetivo: Determinar la correlación clínico ecográfica del quiste de mano y muñeca en la Policlínica Central de la Caja Nacional de Salud en la gestión 2009 a 2010.

Materiales y métodos

Tipo de estudio: Estudio observacional, transversal, descriptivo.

Área de estudio: Servicio de Ecografía de la Policlínica Central de la C.N.S.

Universo: Se trabajó con el total del universo, 18 pacientes durante los meses de septiembre de 2009 a febrero de 2010.

Instrumentos de recolección de datos: Historia clínica.

Análisis estadístico: Se utilizó el programa estadístico SPSS 11.5, para frecuencias y porcentajes. En la comparación de frecuencias de variables nominales dicotómicas entre grupos (Ej.: con quiste/sin quiste; Clínico/Ecográfico), se usó el test de X², siendo considerado como significativo un valor de $p < 0,05$ y un Chi² mayor a 3,84 para grados libertad de una tabla 2x2.

Resultados: De ellos se identificaron a pacientes con diagnóstico clínico y de imagen de quiste sinovial sólo en 9 casos (50%). En el cruce de variables podemos establecer que existe una relación estadísticamente significativa ($P=0,001$) entre diagnóstico clínico e imagenológico de quiste sinovial.

Conclusión: Existe una relación significativa al realizar el diagnóstico clínico y ecográfico del quiste de mano y muñeca.

Palabra clave: Quiste, sinovial, mano, muñeca.

INTRODUCCIÓN

Los quistes sinoviales son tumoraciones que pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo, la localización más frecuente

es la mano, siendo más típica en el dorso del carpo.⁽¹⁾ Se presentan a cualquier edad, en ambos sexos, su etiología no es clara, siendo relacionada frecuentemente a traumatismos (19%)

* Médico Traumatólogo - Especialidad Pie y Tobillo. Hospital Obrero N° 2 C.N.S.

** Médico Radiólogo: Policlínica Central. C.N.S.

*** Médico Cirujano - Gerencia en Salud Pública. Policlínica Central C.N.S.
Responsable: Dr. Rafael Martínez Roncal • E-mail: wrafaeln@hotmail.com

y en algunas áreas como respuesta del tejido conectivo al stress crónico. La causa más frecuente de consulta en el primer nivel de atención es por razones estéticas.^(2,3) De acuerdo a diversas series ocupa del 61 al 72% de todos los tumores de la mano, se ubica en diversas localizaciones de acuerdo a la siguiente frecuencia:^(2,4,5,6,10)

Superficie dorsal de la muñeca	61%
Superficie palmar y radial de la muñeca	13%
Vaina flexora de los dedos	9%
Otras localizaciones	17%

La clasificación según su origen es:⁽⁶⁾

- a) Articular: Carece de movilidad, está relativamente fija.
- b) Tenosinovial: Ubicado en la membrana sinovial del tendón, es móvil.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, se recomienda una anamnesis exhaustiva y una exploración física minuciosa, identificando síntomas que indiquen infección o déficit motores/sensitivos asociados. Al examen se evidencia una tumoración pequeña, no adherida a la piel, aunque es poco móvil por su conexión con el plano profundo, es de consistencia elástica, blanda, fluctuante, no doloroso, tensa, casi dura, con dolor local a movimientos forzados en estados iniciales.^(1,3,4,7,9)

La ecografía es muy útil en el diagnóstico de los quistes sinoviales, permite ver engrosamientos capsulares y derrames articulares en las articulaciones de la mano, metacarpofalángias e interfalángicas.^(10,11,12) En la actualidad (en algunos países europeos) se recomienda iniciar el estudio con ecografía. La utilidad de la evaluación imagenológica de los quistes sinoviales es determinar la naturaleza quística de la lesión, evaluar su contenido, tamaño, extensión, además de su localización y relación con las estructuras anatómicas adyacentes, brinda información útil para

una eventual planificación quirúrgica. Se observa como una estructura anecogénica, redondeada u ovoidea, en general de paredes ecogénicas finas y bien definidas, con o sin lobulaciones.^(2,5,9,13,14,15)

En función de las revisiones realizadas se propone la presente investigación, cuyo objetivo es determinar la correlación clínico ecográfica del quiste de mano y muñeca en la Policlínica Central de la Caja Nacional de Salud en la gestión 2009 a 2010.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en el Servicio de Radiología de la Policlínica Central, de la ciudad de La Paz, Bolivia, dependiente de la Caja Nacional de Salud, centro de primer nivel de atención. El universo consta de 18 pacientes con diagnóstico clínico de quiste sinovial, se trabajó con el total del universo, durante los meses de septiembre de 2009 a febrero de 2010. Para la selección de los pacientes se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: Paciente con expediente clínico y examen por imagen (ecografía), mayores de 18 años. Entre los criterios de exclusión: Paciente afiliado al S.U.M.I.

Las variables del estudio fueron: Diagnóstico clínico de quiste sinovial, diagnóstico por imagen de quiste sinovial (dependiente) y las de exposición o independientes, edad y género. Los instrumentos que se utilizaron para la medición de las variables son: expedientes clínicos, instrumento de recolección de datos.

Tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión de la investigación, se realiza la ficha de registros de datos en el paquete estadístico SPSS 11.5. Para la determinación de los resultados la ficha de recolección de datos consta de las siguientes partes: Datos generales como N° de ficha, N° de Historia Clínica.

Diagnóstico clínico, diagnóstico por imagen, fecha de llenado, nombre del

registrador de datos y los determinantes. La prueba de instrumentos fue realizada con un número de 5 historias clínicas que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión, en base a las pruebas se realizaron los ajustes necesarios previos a su impresión.

Los datos recogidos, se introducen para su procesamiento utilizando el programa estadístico SPSS 11.5, usando frecuencias y porcentajes. Para la comparación de frecuencias de variables nominales dicotómicas entre grupos (Ej.: con quiste/sin quiste; Clínico/Ecográfico), se usó el test de X². Se consideró como significativo un valor de $p < 0,05$ y un Chi² mayor a 3,84 para grados libertad de una tabla 2x2.

El trabajo fue aprobado por la Jefatura de enseñanza de la policlínica, se solicitó consentimiento informado. Se garantizó la confidencialidad de las participantes.

RESULTADOS

La edad promedio fue de 47 años, con una edad mínima de 18 años y máxima de 81 años, de los cuales la media de edad en varones fue 46.8 años y en mujeres 47.9 años.

La frecuencia de quiste sinovial por grupo etéreo (Cuadro N° 1), fue mayor en las edades comprendidas entre los 41 y 50 años con un 51%⁽⁹⁾

CUADRO N° 1
Distribución por grupo etareo

Variable/edad	Frecuencia	Porcentaje
21 -30	1	5
31-40	2	10
41-50	9	51
51-60	5	29
>61	1	5
Total	18	100

Fuente: Elaboración propia

En cuanto al género predomina en el género femenino con 72%⁽¹³⁾ (Cuadro N° 2)

CUADRO N° 2
Quiste sinovial: Distribución por género

	Frecuencia	Porcentaje
Mujeres	13	72
Hombres	5	28
Total	18	100%

Fuente: Elaboración propia

El diagnóstico clínico de quiste sinovial previo al estudio por imagen fue en 14 casos (78%) 4; (Cuadro N° 3)

CUADRO N° 3
Diagnóstico clínico de quiste sinovial

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Quiste sinovial	14	78
Otro diagnóstico	4	22
Total	18	100

Fuente: Elaboración propia

Al realizar la ecografía, el diagnóstico por imagen de quiste sinovial fue en 13 casos (72%), (Cuadro N° 4)

CUADRO N° 4
Diagnóstico por imagen de quiste sinovial

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Quiste sinovial	13	72
Otro diagnóstico	5	28
Total	18	100

Fuente: Elaboración propia

Chi²: 9,69 P: 0,001.

De ellos se identificaron a pacientes con diagnóstico clínico y de imagen de quiste sinovial sólo en 9 casos (50%).

En el cruce de variables podemos establecer que existe una relación estadísticamente significativa entre diagnóstico clínico e imagenológico de quiste sinovial.

En cuanto a la distribución del quiste sinovial de acuerdo a su localización por ecografía, predomina el quiste del dorso de mano en 5 (38%) casos (Cuadro N° 5).

CUADRO N° 5
Localización de quiste sinovial de mano
por ecografía

	Frecuencia	Porcentaje
Dorso	5	38
Dedos	4	31
Palma	1	8
Borde radial	0	0
Muñeca	3	23
Total	13	100

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a su origen predomina el quiste tenosinovial con 11 (85%) casos (Cuadro N° 6).

CUADRO N° 6
Distribución según su origen por ecografía

	Frecuencia	Porcentaje
Tenosinovial	11	85
Articular	2	15
Total	13	100

Fuente: Elaboración propia

DISCUSIÓN

Se observa un predominio evidente en el grupo etáreo de 41 a 50 años y en el género femenino, este dato concuerda con Ogalla y Posada. En cuanto a la

distribución morfológica general en mano encontramos predominio del quiste sinovial en dorso, esto en relación a la laxitud funcional propia del carpo (varias carillas articulares y elementos capsulo-ligamentarios); sin embargo su frecuencia es inferior a la literatura. a variedad tenosinovial fue superior a la articular dato que difiere de un estudio realizado por Zeballos.

Al realizar la correlación clínico imagenológica tenemos una relación significativa ($P=0,001$), esto apoyado por la bibliografía encontrada donde mencionan que el diagnóstico es fundamentalmente clínico^(1,3,4,7,9) y apoyados con un estudio ecográfico podremos confirmar el diagnóstico^(10,11,12) e identificar si se trata de un quiste tenosinovial o articular y diferenciar del Ganglión el cual es clínicamente igual al quiste sinovial; sin embargo ecográficamente se evidencia como una lesión anecoica, policíclica subcutánea con tabicaciones internas conectadas a la capsula.

CONCLUSIÓN

Existe una relación significativa al realizar el diagnóstico clínico y ecográfico del quiste de mano y muñeca.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ogalla JM, Cirugía de partes blandas. Quistes. *El Peu* 2002;22(1):18-22.
2. Lúcia CM. Caso radiológico. *Revista Chilena de Radiología* 2004; 10(2): 95-96.
3. Posada AS. Tratamiento del quiste sinovial con metilprednisolona 2002; (8): 139-141.
4. Azócar GP. Patología tendinea, vascular y tumoral de la Mano: hallazgos ultrasonográficos. *Revista Chilena de Radiología* 2004;10(2): 72-80.
5. Lemos ZJI, Amorós OF, Cerezo CE, De la Fuente O, Martínez MM. Aplicaciones de la ecografía en el diagnóstico de la patología del aparato locomotor. *Medicina general* 2001: 57-72.
6. J, Zabalaga RE, Zaconeta GA, Zabalaga J. Quiste sinovial. Tratamiento quirúrgico 81 casos multicéntrico 2004. disponible: le:.
7. Ariyan S. Benign and malignant soft tissue tumors of the hand. In McCarthy. *Plastic Surgery. Philadelphia: 1990; 5494-5497.*
8. Angelides AC, Wallace PF. The dorsal ganglion of the wrist: Its pathogenesis, gross and microscopic anatomy, and surgical treatment. *J Hand Surg* 1976; 1:228.
9. Viikari-JE. *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo* 2000; 624 -627.

10. Diaz RN, Gimeno MA. Dolor
11. en articulaciones periféricas. *Documentos clínicos SEMERGEN* 2007:41 - 47.
12. Marnix TVH, Introcaso JH. *Ecografía musculo esquelética* 2002; 2: 517-20.
13. Naredo E. Un año de experiencia con ecografía en la práctica reumatológica. *Rev Esp Reumatol* 2001; 28: 62-70.
14. Ruiz TJ. El ganglión localizado en el pie. *El Peu* 2009;29(4):203-206.
15. Osses ZE, Muñoz CS, Astudillo CA. Estudio por imágenes de los gangliones musculo esqueléticos. *Rev. chil.radiol* 2009;15(2).
16. Jochen GB. Gangliones. *Colombia Med* 1997; 28: 22-26.