



Reumatología clínica en imágenes

Quiste sinovial acromioclavicular con integridad del manguito rotador



Acromioclavicular synovial cyst with rotator cuff integrity

Carlos Antonio Guillén Astete^{a,b,c,*} y Cristina de la Casa Resino^c

^a Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

^b Consulta de Urgencias Reumatológicas y Patología Musculoesquelética, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

^c Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 9 de febrero de 2014

Aceptado el 4 de abril de 2014

On-line el 16 de septiembre de 2014

Mujer de 40 años. Consultó por aparición de una tumoración en la articulación acromioclavicular (AAC) tras haber realizado un esfuerzo de tracción vertical del brazo izquierdo (levantó desde el suelo una carga de 40 kg) 2 días antes. La lesión era indolora, redondeada y poco compresible. No presentaba signos inflamatorios. No había limitación funcional del hombro aunque notaba molestias al comprimir la lesión. (fig. 1 A).

La exploración con radiología simple identificó irregularidades corticales en ambas vertientes de la AAC. Una ecografía demostró integridad de las estructuras subacromiales del manguito rotador, sin alteraciones de las bursas subacromial ni subdeltoidea. Existía distensión de la cápsula acromioclavicular y proliferación marginal cortical. La tumoración se observaba como una estructura de bordes definidos, de 22 × 13 mm y de contenido homogéneo anecoico, compresible a la presión. No se constató continuidad entre la tumoración y la cápsula articular. Se realizó una tomografía computarizada (TC) que describió la lesión como una estructura quística redondeada dependiente de la cápsula articular que protruía dorsal y cefálicamente. (fig. 1B y C).

Los quistes sinoviales son evaginaciones de la cápsula sinovial que se producen como consecuencia de un incremento de la presión del líquido sinovial en el interior de una articulación y que perduran en el tiempo, mientras que la diferencia de presiones entre la cápsula articular y el quiste se mantenga o en tanto que el canal de comunicación entre ambas cavidades se oblitere¹⁻³. Los quistes acromioclaviculares son raros y su presentación en ausencia de afección del manguito rotador es extremadamente infrecuente^{1,2}. El único reporte de casos de quistes de la AAC data del año 2010 y

en él se describen 5 casos producidos en presencia de un manguito rotador indemne¹. No existe ningún caso descrito desde entonces hasta la actualidad. La rotura del manguito rotador condiciona una homogeneización de presiones en la bursa subdeltoidea y la subacromial. Esta última transmite el incremento de presiones sobre la cápsula acromioclavicular que, en caso de estar estructuralmente debilitada o anatómicamente condicionada, acabará distendiéndose a expensas de su pared más débil, usualmente en sentido cefálico y dorsal^{1,4-6}. Desde el punto de vista radiológico, este flujo de líquido sinovial desde la articulación glenohumeral, pasando hacia la bursa subacromial a través del defecto del manguito rotador y alcanzando así la ACC, se conoce como el signo del géiser y es demostrable por artrografía o resonancia magnética con contraste^{6,7}. En ausencia de lesión del manguito rotador, el incremento de presiones suele ser secundario a compresiones extrínsecas, por ejemplo, las secundarias a la tracción vertical del hombro.

En la escasa casuística existente, la fistulización y la recidiva del quiste acromioclavicular son las principales complicaciones tras su aspiración con aguja^{4,5,8,9}, por lo que su práctica no es aconsejable, salvo que exista la sospecha diagnóstica de un proceso infeccioso¹⁰. El tratamiento recomendado de estos quistes consiste en la extirpación quirúrgica del mismo; se debe tener en cuenta que, en caso de existir rotura del manguito rotador, su reparación debe realizarse antes o durante el mismo acto quirúrgico^{2,3,5,8,9}. En ocasiones, ante la recidiva, la intervención debe incluir la extracción de la porción distal de la clavícula^{2,5,6}.

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.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cguillen.hrc@salud.madrid.org (C.A. Guillén Astete).



Figura 1. A) Aspecto externo de la tumoración. B) TC de hombro, corte a través de la articulación acromioclavicular, en la que se aprecia la comunicación entre la articulación y la tumoración (flecha). C) Corte coronal a través de la articulación acromioclavicular con distensión capsular.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Hiller AD, Miller JD, Zeller JL. Acromioclavicular joint cyst formation. *Clin Anat N Y N.* 2010;23:145–52.
- Ockert B, Mutschler W, Biberthaler P, Braunstein V. Acromioclavicular (AC) joint cyst. A case report and review of literature. *Orthop.* 2009;38:976–9.
- Postacchini F, Perugia D, Gumina S. Acromioclavicular joint cyst associated with rotator cuff tear. A report of three cases. *Clin Orthop Relat Res.* 1993;294:111–3.
- Craig EV. The acromioclavicular joint cyst. An unusual presentation of a rotator cuff tear. *Clin Orthop Relat Res.* 1986;202:189–92.
- Lizaur Utrilla A, Marco Gomez L, Perez Aznar A, Cebrian Gomez R. Rotator cuff tear and acromioclavicular joint cyst. *Acta Orthop Belg.* 1995;61:144–6.
- Cooper HJ, Milillo R, Klein DA, DiFelice GS. The MRI geyser sign: Acromioclavicular joint cysts in the setting of a chronic rotator cuff tear. *Am J Orthop Belle Mead NJ.* 2011;40:E118–21.
- Singh RA, Hay BA, Hay SM. Management of a massive acromioclavicular joint cyst: The geyser sign revisited. *Shoulder Elb.* 2013;5:62–4.
- Murena L, D'Angelo F, Falvo DA, Vulcano E. Surgical treatment of an aseptic fistulized acromioclavicular joint cyst: A case report and review of the literature [consultad 2 Abril 2014]. *Cases J [Internet]* 2009;2. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2769433/>
- Cvitanic O, Schimandle J, Cruse A, Minter J. The acromioclavicular joint cyst: Glenohumeral joint communication revealed by MR arthrography. *J Comput Assist Tomogr.* 1999;23:141–3.
- Martínez-Morillo M, Mateo Soria L, Riveros Frutos A, Tejera Segura B, Holgado Pérez S, Olivé Marqués A. Septic arthritis of the acromioclavicular joint: An uncommon location. *Reumatol Clin.* 2014;10:37–42.