

Neuropatía del nervio obturador secundaria a quiste sinovial: reporte de caso

Dra. Elisa Cobelo Romero*, Dr. Fermín J. Mandía Mancebo*, Dr. Jorge González García*, Dr. Miguel Á. Feijoo Lorenzo*

* Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, La Coruña, España.

Correspondencia:

Dra. Elisa Cobelo Romero
C/ Manuel Murguía No. 9, 7D
15011 La Coruña, España.
Tel. (346) 39646826
ecobelo@hotmail.com

Fecha de recepción: 15 de abril de 2011

Fecha de aprobación: 18 de julio de 2011

Resumen

El nervio obturador (L2-L4) inerva músculos cuya función principal es la aducción del muslo y, en menor grado, su rotación externa, y recoge la sensibilidad de la cara interna del muslo. Su lesión aislada es infrecuente y suele ser compresiva o traumática. Se presenta el caso de un hombre de 37 años con clínica de neuropatía del nervio obturador secundaria a un quiste sinovial de la articulación de la cadera, que por lo infrecuente del caso sufrió un retraso tanto en el diagnóstico como en el tratamiento definitivo.

Palabras clave: quiste sinovial, nervio obturador, mononeuropatías, electromiografía.

[*Rev Col Or Tra* 2011; 25(3): 305-8]

Abstract

The obturator nerve (L2-L4) is responsible for the motor innervation of the muscles which principal function is the adducing of the thigh, and in minor degree its external rotation, and it gathers the sensibility of the internal face of the thigh. Its isolated injury is infrequent, and is in the habit of being compressive or traumatic. We present a case of a 37-year-old male with clinic of neuropathy of the obturator nerve secondary to a synovial cyst of the joint of the hip, which for the infrequent of the case suffered a delay so much the diagnosis as the definitive treatment.

Key words: Synovial cyst, obturator nerve, mononeuropathies, electromyography.

[*Rev Col Or Tra* 2011; 25(3): 305-8]

Introducción

El nervio obturador puede lesionarse en el plexo lumbar (1), en la pared lateral de la pelvis, en el conducto obturador o próximo a la articulación sacroiliaca. Esto puede ocurrir como complicación de traumatismos o fracturas pélvicas (2, 3), miositis osificante, hematomas (4) (por ejemplo, en el músculo iliopsoas), tras artroplastias totales de cadera (5), hernias inguinales (6), aneurismas arteriales, neoplasias (del propio nervio

como neurofibromas o schwannomas o compresión (7) por leiomiomasarcoma, osteosarcoma, quiste sinovial), tras cirugías intraabdominales (8), por flexión prolongada de las caderas en posición de litotomía (9), en partos complicados y prolongados por compresión del nervio entre la cabeza fetal y la pelvis ósea (10) e incluso por atrapamiento secundario a una fascia hipertrófica del músculo aductor corto descrito en atletas (11).

Reporte de caso

Hombre de 37 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés que acude a consultas externas de traumatología por presentar dolor y parestesias a nivel de la cara interna del muslo que aumentan con la actividad.

A la exploración presenta dolor a la aducción de la cadera y disminución de la sensibilidad en la cara interna del muslo. El arco de movimiento de la cadera y rodilla es normal. No se palpan masas. La exploración vascular es normal.

Se solicitan pruebas complementarias. La resonancia magnética (RM) muestra un leve derrame articular sobre la articulación coxofemoral izquierda. Se observa una pequeña lesión quística menor de 1 cm entre el aductor mediano y el músculo pectíneo, que parece tener relación con estructuras filiformes hiperintensas de irradiación hacia la articulación coxofemoral derecha y que parecen corresponder con estructuras vasculares. Otra posibilidad diagnóstica de dicha lesión quística es que se trate de una distensión de la bursa del iliopsoas en situación anómala.

El eco-doppler evidencia una lesión quística polilobulada no vascularizada, localizada en el aductor mayor derecho, de 2,92 x 2,54 x 3,66 centímetros, sin comunicación articular ni compromiso vascular (figura 1).

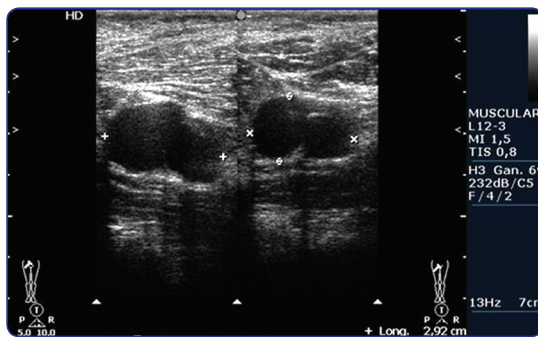
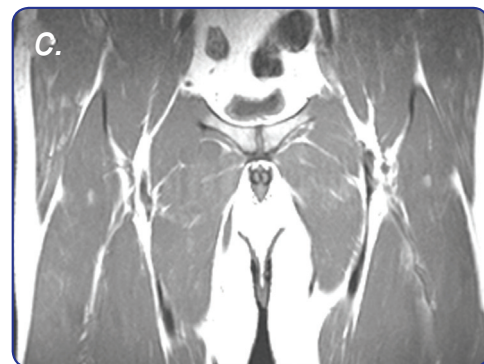
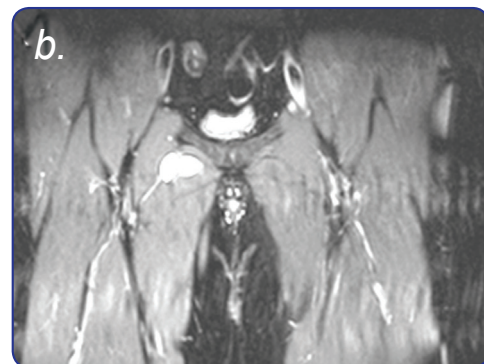
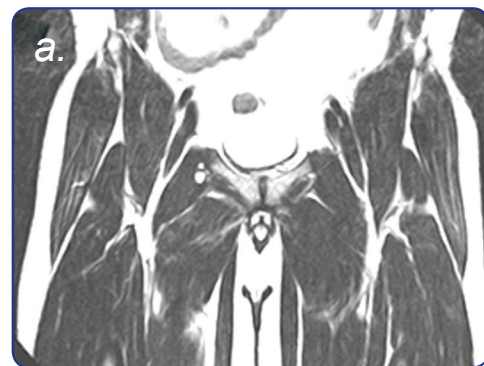


Figura 1. Lesión quística polilobulada no vascularizada, localizada en el aductor mayor derecho, de 2,92 x 2,54 x 3,66 centímetros, sin comunicación articular ni compromiso vascular.

La electroneuromiografía es normal tanto a nivel motor como sensitivo.

El paciente se envía a rehabilitación y tras varios meses de tratamiento se observa empeoramiento de los síntomas, por lo que se decide pedir una nueva RM (año y medio después de la primera) en la que los hallazgos son compatibles

con bursitis ileopectínea o ganglión/quiste sinovial que ha aumentado de tamaño respecto a la RM anterior (figura 2). Igualmente, se solicita una tomografía axial computarizada de caderas con reconstrucciones multiplanares para descartar cuerpos libres intraarticulares o enfermedad sinovial, que muestra una imagen hipodensa de morfología polilobulada en situación profunda respecto al músculo pectíneo derecho y superficial respecto al aductor menor, a nivel de la sínfisis del pubis y extendiéndose lateralmente hasta el nivel del músculo iliopsoas. Estos hallazgos son compatibles con bursitis ileopectínea o ganglión/quiste sinovial (figura 3).



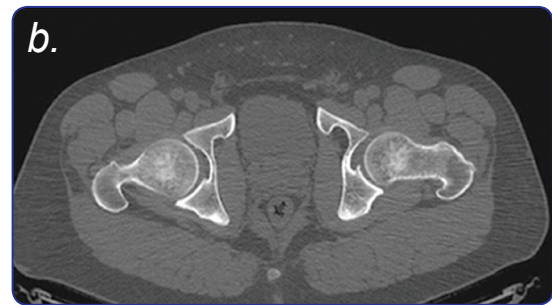
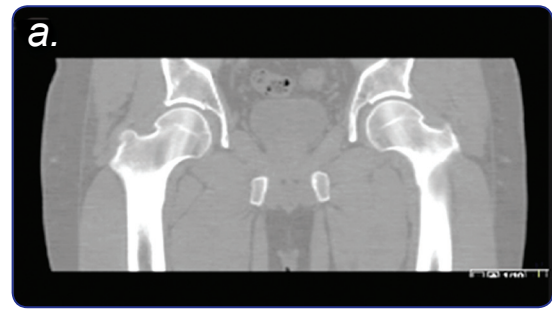
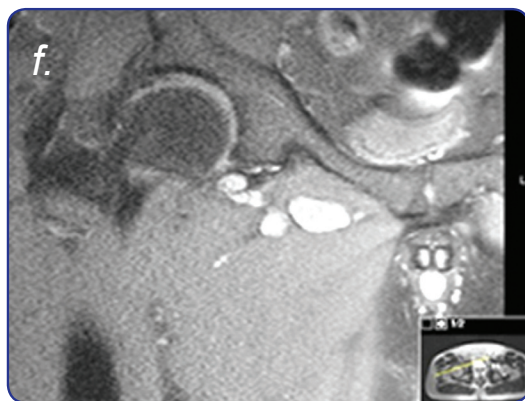
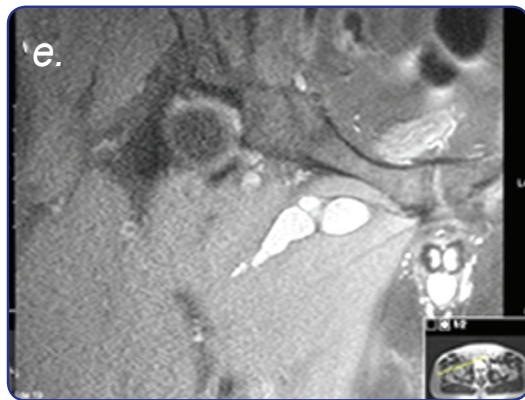
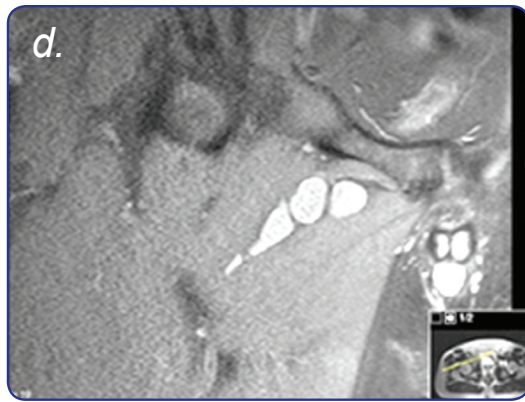


Figura 2. a) Pequeña lesión quística entre el aductor mediano y el músculo pectíneo que parece tener relación con estructuras filiformes hiperintensas de irradiación hacia la articulación coxofemoral derecha y que parecen corresponder con estructuras vasculares. b) y c) Hallazgos compatibles con bursitis ileopectínea o ganglión/quiste sinovial que ha aumentado de tamaño respecto a la RM anterior. d), e) y f) Diferentes cortes de la última RM. Se observa comunicación del quiste sinovial con la articulación coxofemoral derecha.

Figura 3. a) y b) Articulación coxofemoral libre de cuerpos articulares. c) y d) Imagen hipodensa de morfología polilobulada en situación profunda respecto al músculo pectíneo y superficial respecto al aductor menor, a nivel de la sínfisis del pubis y extendiéndose lateralmente hasta el iliopsoas. Estos hallazgos son compatibles con bursitis ileopectínea o ganglión/quiste sinovial.

Ante el empeoramiento clínico del paciente y el aumento de tamaño de la lesión se decide realizar una intervención quirúrgica para su exéresis y análisis posterior. En la cirugía se observa una lesión compatible con un quiste sinovial que está comprimiendo el nervio obturador.

Tras el alta se cita al paciente en 15 días para revisión de la herida quirúrgica, valoración clínica y resultados anatomopatológicos. La herida se encuentra completamente cerrada y con buen aspecto, la clínica de neuropatía del nervio obturador ha desaparecido completamente y los resultados de anatomía patológica son compatibles con quiste sinovial.

Discusión

El nervio obturador es un nervio mixto que se forma de la fusión de las raíces L2-L4. En el conducto obturador proporciona una rama para el músculo obturador externo y a la salida del conducto se divide en dos ramas: una superficial y una profunda. La rama superficial sigue la dirección del tronco principal y se divide en otras cuatro: tres ramas motoras destinadas a los músculos aductor medio, aductor menor y recto interno y una cuarta rama sensitiva que se distribuye por la piel de la cara interna del muslo. La rama profunda sale del conducto subpubiano y se divide en ramas musculares y articulares. Las musculares inervan el músculo aductor mayor y las ramas articulares forman dos grupos: los superiores, que se distribuyen por la parte interna de la cadera, y los inferiores, que pasan por la cara anterior del aductor mayor y se distribuyen por la parte posterior de la articulación de la rodilla (12).

Este paciente presenta una compresión del nervio obturador secundaria a un quiste sinovial de la articulación de la cadera. A pesar de que la coxartrosis tiene una alta prevalencia en la población general, la presencia de un quiste sinovial a este nivel es realmente infrecuente y es incluso más raro que comprima alguna estructura vasculonerviosa. Tras revisar la literatura solo se encontró un caso, pero en el que también existe afectación del nervio femoral (7).

El diagnóstico diferencial se debe realizar con neuropatía del nervio femoral y radiculopatía o plexopatía lumbar, patología en la que también aparecen parestesias, sobre todo a nivel del cuádriceps y la parte anterior del muslo, y a veces se caracteriza por dificultad para levantarse y elevar el muslo para andar. Como es muy difícil de diferenciar solo con la clínica se recomienda realizar una electroneuromiografía para descartar la presencia de una radiculopatía (1).

En ocasiones la compresión del nervio obturador puede dar debilidad al efectuar el movimiento de aducción de la cadera pero no siempre, como ocurre en este caso; esto es debido a que algunos músculos aductores están inervados por el nervio femoral y la aducción del miembro también es realizada por los rotadores de la cadera.

En cuanto a las pruebas diagnósticas, la resonancia nuclear magnética es de elección para determinar la causa de la compresión del nervio. La electroneuromiografía ayuda en el diagnóstico, pero en algunas ocasiones puede ser normal por no existir daño axonal, sino solo una afectación temporal del nervio, como en este caso. Es importante destacar la clara relación entre la exéresis de la tumoración y la desaparición de los síntomas 15 días después.

Referencias bibliográficas

1. Hernández Ortiz M, Albarracín Pinzón A, Ortiz Corredor F. Radiculopatía lumbar alta. Consultado el 18 de julio de 2011, desde: www.medicina.unal.edu.co/Departamentos/Rehabilitacion/unidad_electrodiagnostico/caso3_nv.html
2. Montes-Castillo ML, Castro-Rodríguez EL, Ocádiz-Canales ML, Plascencia-García JL. Lesión neurológica en fracturas del anillo pélvico. *Rev Mex Med Fis Rehab* 2000; 12: 84-6.
3. Barrick EF, Falls VC. Entrapment of the obturator nerve in association with a fracture of the pelvic ring. *J Bone Joint Surg Am* 1998; 80A(2): 258-261.
4. Dingeman RD, Mutz SB. Hemorrhagic neuropathy of the sciatic, femoral and obturator nerves: case report and review of the literature. *Clin Orthop* 1977; 127: 133-6.
5. De Hart MM, Riley LH Jr. Nerve injuries in the total hip arthroplasty. *J Am Acad Orthop Surg* 1999; 7: 101-11.
6. Domínguez-Carrilo LG, Gálvez-Valdovinos R. Lesión de nervios periféricos en hernioplastia inguinal laparoscópica. *Acta Med* 2006; 4(2): 123-8.
7. Stuplich M, Hottinger AF, Stoupis C, Sturzenegger M. Combined femoral and obturator neuropathy caused by synovial cyst of the hip. *Muscle Nerve* 2005; 32: 552-4.
8. Bischoff C, Schönle P. Obturator nerve injuries during intra-abdominal surgery. *Clin Neurol Neurosurg* 1991; 93: 73-5.
9. Warner MA, Warner DO, Harper CM, Schroeder DR, Maxson PM. Lower extremity neuropathies associated with lithotomy positions. *Anesthesiology* 2000; 93: 938-42.
10. Lidner A, Schulte-Mattler W, Zierz S. Postpartum obturator nerve syndrome: case report and review of the nerve compression syndrome during pregnancy and delivery. *Zentralbl Gynakol* 1997; 119: 93-9.
11. Bradshaw C, McCrory P, Bell S, Brukner P. Obturator nerve entrapment. A cause of groin pain in athletes. *Am J Sport Med* 1997; 25: 402-8.
12. Harvey G, Bell S. Obturator neuropathy. An anatomic perspective. *Clin Orthop Relat Res* 1999; 363: 203-11.