

Sinónimos

También conocidos como gangliones intraneurales o gangliones de las vainas nerviosas.

Historia

La descripción anatómica original data de 1884, y se atribuyó a Swinford T. Edwards. Este espécimen anatómico afectaba a la rama profunda del nervio cubital procedente de una articulación del carpo.

El dibujo original de la pieza fue publicada en un libro de texto escrito en 1889 por Anthony Bowlby (Spinner y col., 2011).

Epidemiología

Están descritos más frecuentemente en el nervio peroneo, pero también pueden encontrarse en el nervio radial, cubital, ciático, interóseo, etc.

Anatomía patológica

Corresponden a un acúmulo de material mucoide dentro de una cápsula fibrosa que puede tener múltiples loculaciones y que está disecando un determinado trayecto de un nervio periférico, lo que produce un aumento del calibre de éste.

Etiopatogenia

Controvertida y fundamentalmente se apoya en dos teorías.

La primera sostiene un origen degenerativo que se produce propiamente dentro del epineuro o perineuro como puede ser la degeneración quística de un tumor, la hemorragia traumática intraneural y/o la metaplasia del tejido conjuntivo del nervio.

La segunda propone un origen sinovial que se desarrolla por migración a través de conexiones nerviosas con la articulación próxima o con estructuras sinoviales paraarticulares.

Estas conexiones se han encontrado hasta en un 40% de los casos descritos y apoyan esta segunda hipótesis etiopatogénica.

En el caso concreto del nervio peroneo, se describe una rama colateral articular que se dirige desde la zona distal del nervio peroneo hacia la articulación tibioperonea superior.

Clínica

La clínica puede desencadenarse por la palpación de una masa de consistencia blanda localizada en el trayecto anatómico de un nervio, pero constituye un hallazgo inespecífico que no diferencia al quiste sinovial de otros tumores de partes blandas.

Diagnóstico

Se pueden utilizar varios métodos de imagen para su diagnóstico, como la tomografía computarizada (TC), los ultrasonidos y la RM. La RM parece el más adecuado debido a su capacidad para definir la naturaleza de la lesión, su relación con las estructuras que la rodean y la posible diferenciación con una localización extraneural.

El quiste sinovial intraneural que se sitúa a lo largo del trayecto de un nervio, generalmente próximo

a una articulación, presenta hiposeñal homogénea en T1, hiperseñal en T2 y ausencia de captación de contraste. La RM también puede demostrar la conexión con la articulación tibioperonea, e incluso una alteración de señal en los músculos peroneos y tibial anterior debida a denervación: hiperseñal en T1 y T27-9. Con imágenes de alta resolución centradas en la lesión, en ocasiones es posible diferenciar entre quiste sinovial intraneural y extraneural; en este último caso se identifican de forma separada la lesión quística y los haces nerviosos.

Diagnóstico diferencial

Las imágenes de RM pueden establecer diagnóstico diferencial con otras lesiones de la misma localización, como neurinomas sólidos o con degeneración quística que habitualmente se realizan con contraste en la zona tumoral no necrosada, con mixomas de la vaina nerviosa que suelen mostrar captación heterogénea de contraste, con neuropatías hipertróficas focales que muestran engrosamiento de células perineurales con o sin captación de contraste y con otras lesiones focales nerviosas en el contexto de enfermedades sistémicas que raramente muestran degeneración quística: sarcoidosis, amiloidosis, etc.

Bibliografía

Spinner, Robert J, y Huan Wang. 2011. The First Described Joint-Associated Intraneural Ganglion Cyst. Neurosurgery (Mayo 11). doi:10.1227/NEU.0b013e3182237299.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21566539>.

From:

<https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - Neurocirugía Contemporánea ISSN
1988-2661

Permanent link:

https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=quiste_sinovial_intraneural

Last update: 2025/05/04 00:04

