

Bursitis del psoas-ilíaco

J. GUIRAL ESLAVA*, J. M. CURTO GAMALLO** y E. JIMENEZ GARCIA*

*Servicios de Cirugía Ortopédica y Traumatología del *Hospital General de Segovia
y del **Hospital Clínico Universitario de Salamanca.*

Resumen.—La bolsa serosa del psoas-ilíaco es una estructura anatómica bien definida, habitualmente presente en el adulto. La comunicación entre dicha bolsa y la articulación de la cadera se asocia frecuentemente a la coxartrosis. Presentamos un caso de agrandamiento de la bolsa serosa del psoas ilíaco en una paciente de 69 años. El diagnóstico de sospecha se estableció por la presencia de una masa inguinal y dolor de cadera. La ecografía y la T.A.C. confirmaron el diagnóstico. Tras la punción de la bolsa y la instilación de corticoides hemos obtenido la remisión de los síntomas.

ILIOPSOAS BURSITIS

Summary.—The iliopsoas bursa is a well-defined anatomic structure rarely absent in adults. Communication existing between the iliopsoas bursa and the hip joint is frequently associated with preexisting hip arthrosis. We present a case of iliopsoas bursa enlargement in a 69-year-old woman. The diagnosis was suspected by the presence of inguinal mass and hip pain. Echography, and later computed tomography confirmed it. The patient was successfully treated with aspiration of cyst content and steroid instillation.

INTRODUCCIÓN

La bolsa serosa del psoas-ilíaco se encuentra entre dicho músculo y la cara anterior de la cápsula de la cadera. Es la más grande del organismo y está presente en el 98% de los adultos. La comunicación con la cavidad articular es rara en una situación normal, mientras que es casi constante en el caso de coxopatía. Clínicamente la bursitis se manifiesta por dolor inguinocrural, masa palpable por fuera de los vasos femorales o más raramente como compresión vascular, nerviosa, del colon, vejiga o de los uréteres. El agrandamiento de la bolsa serosa del psoas-ilíaco puede ser más frecuente de lo publicado previamente y debe considerarse en pacientes con inexplicable dolor de cadera, asociado a una masa en la región inguinal. Presentamos

el caso de una bursitis del psoas-ilíaco en una paciente con artropatía subyacente.

CASO CLÍNICO

Mujer de 69 años, que ingresó con cuadro de dolor inguinal derecho no irradiado, de unas diez horas de evolución, de inicio brusco y con impotencia funcional absoluta. La paciente estaba afebril y el dolor aumentaba con la presión local, la flexión resistida del muslo y la hiperextensión pasiva. Los últimos grados de todos los movimientos de la cadera derecha estaban limitados por el dolor. Se palpaba una tumoración blanda y profunda, de unos 3x3 cm, por fuera de la arteria femoral, sin frémito ni auscultación de ruidos hidroaéreos. No había otros signos inflamatorios superficiales. No se palparon adenopatías regionales ni hernias. El hemograma y la bioquímica fueron anodinos y las radiografías mostraron signos de coxartrosis incipiente (Fig. 1). En la ecografía se apreció una masa de aspecto quístico, anterior a la cápsula de la cadera y lateral a los vasos femorales (Fig. 2). En la TAC se demostró la existencia de comunicación entre la bolsa y la articulación de la cadera (Fig. 3). Mediante punción de la bolsa se extrajo líquido sinovial de características mecánicas, cuyo análisis fue anodino, confirmando su carácter idiopático. Después de la punción se instilaron corticoides en la bolsa. Dadas las ca-

Correspondencia:
Dr. J. GUIRAL ESLAVA
Servicio de C. O. T.
Hospital General
Ctra. de Avila, s/n
40002 Segovia



Figura 1. Radiografía AP de pelvis mostrando una coxartrosis bilateral.

racterísticas de la paciente y la mejoría del cuadro tras la punción, se optó por seguir un tratamiento conservador, estando en la actualidad asintomática.

DISCUSIÓN

En el 9% de las artrografías se ha demostrado la comunicación entre la bolsa del psoas-ilíaco y la articulación de la cadera (1). El agrandamiento de dicha bolsa podría ser secundario al aumento de producción del líquido sinovial, en una articulación con artritis, con el consiguiente incremento de la presión y protrusión de las membranas sinoviales en el espacio potencial de la bolsa, o bien a la proliferación hipertrófica de las vellosidades de la bolsa, con la subsecuente hiperproducción del líquido (2, 3). La dirección y el grado de extensión de la bursa determinan la sintomatología clínica. El diagnóstico diferencial incluye la hernia inguinal o crural, linfoma u otras neoplasias, linfadenopatías, criptorquidia, absceso del psoas y anomalías vasculares. La radiología simple puede mostrar signos de patología articular subyacente, o el desplazamiento de los órganos pélvicos cuando es muy grande. La ecografía muestra una estructura lucente, lateral a los vasos femorales, por delante de la cadera y que puede extenderse al espacio retroperitoneal. La aplicación del doppler es útil para excluir el aneurisma (2). En la TAC aparece como una masa de pared fina, bien definida, de densidad agua, que desplaza a las estructuras adyacentes (4, 5). Cuando los hallazgos con la TAC son equívocos, la artrografía de cadera puede completar el diagnóstico. La RNM puede delimitar la anatomía de la región, determinando la extensión del proceso y su relación con la cadera (1). El tratamiento con-

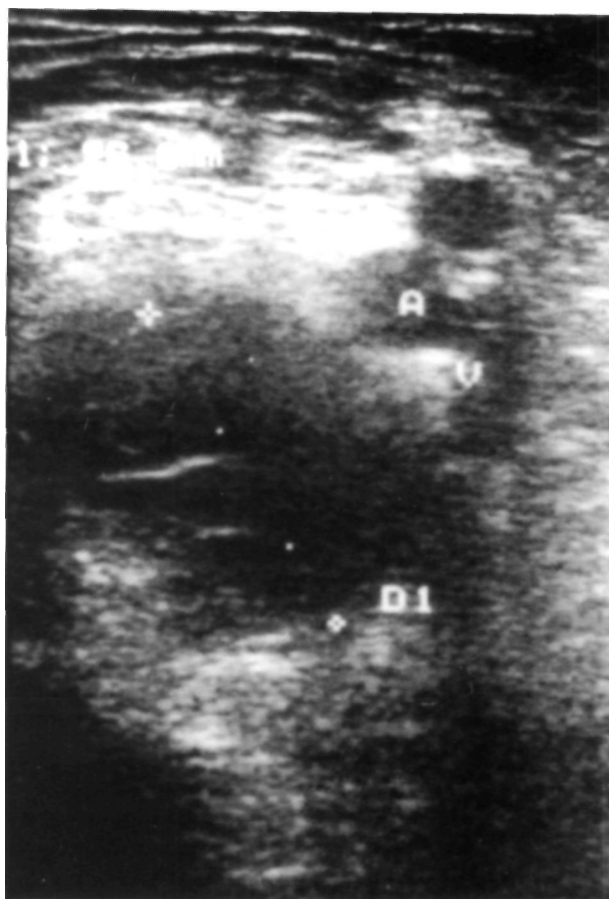


Figura 2. Ecografía de cadera derecha donde se aprecia la masa quística (D1), lateral a los vasos femorales (A: arteria, V: vena).

siste en la aspiración del contenido quístico y la instilación de corticoides (6). Las bursas recurrentes o de gran extensión pueden requerir excisión y sinovectomía (3). En todos los casos de bursitis infecciosa es necesaria la exéresis de la misma (7).

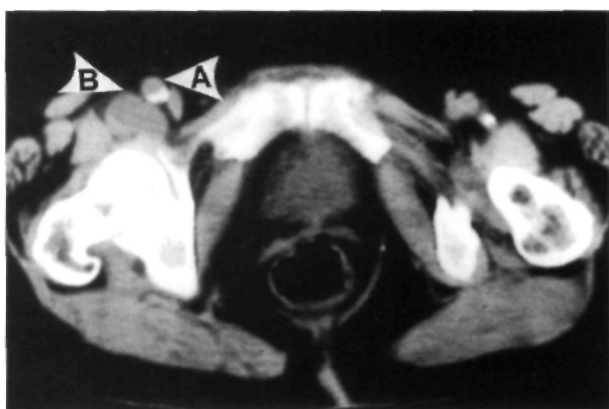


Figura 3. T.A.C. de pelvis donde se observa una masa quística (B) por delante de la cadera derecha, desplazando medialmente a la arteria femoral (A).

Bibliografía

1. **Weinreb JC, Cohen JM, Maravilla KR.** Iliopsoas muscles: MR study of normal anatomy and disease. *Radiology* 1985; 156: 435-40.
2. **Sartoris DJ, Danzig L, Gilula L, Greenway G, Resnick D.** Synovial cysts of the hip. Joint and iliopsoas bursitis: A spectrum of imaging abnormalities. *Skeletal Radiol* 1985; 14: 85-94.
3. **Toritsu T, Chosa H, Kitaro M.** Rheumatoid synovial cyst of the hip joint. A case report. *Clin Orthop* 1978; 137: 191-4.
4. **Penkeva RR.** Iliopsoas bursitis demonstrated by computed tomography. *AJR* 1980; 135: 175-6.
5. **Peters JC, Coleman BG, Turner ML, Arger PH, Mulhern CV, Dalinka MK, Allan DA, Schumacher HR.** CT evaluation of enlarged iliopsoas bursa. *AJR* 1980; 135: 392-4.
6. **Levy RN, Hermann G, Haimov M, Sherry HS, Train JS, Davison S.** Rheumatoid synovial cysts of the hip. *Arthritis Rheum* 1982; 25: 1382-.
7. **Steinback LS, Schneider R, Goldman AB, Kazam E, Ranawat CS, Ghelman B.** Bursae and abscess cavities communicating with the hip. *Radiology* 1985; 156: 303-7.