

Bursografía iliopectínea. Informe de un caso¹⁷

Por el Dr.:

HERNAN CICERO AMIGO¹⁸

Cicero Amigó, H. *Bursografía iliopectínea. Informe de un caso.* Rev Cub Med 16: 6, 1977.

Se señala que la presencia de un tumor inguinocrural plantea, por una parte, un inquietante diagnóstico diferencial; y por otra, en ocasiones, un síndrome compresivo local o a distancia, cuya naturaleza se debe aclarar. Un procedimiento diagnóstico, bastante simple y de un elevado grado de sensibilidad es la bursografía iliopectínea, cuya utilización en este caso es, fundamentalmente, con el objetivo de prescindir de una cirugía diagnóstica, cuando factores desfavorables concurren en el paciente y dejan ésta limitada para los casos de necesidad terapéutica, como cuando hay un síndrome compresivo. Se presenta un caso de bursitis iliopectínea crónica con una coxartrosis vecina diagnosticada clínicamente y confirmada por bursografía. Se analiza brevemente la literatura médica al respecto.

INTRODUCCION

Ha sido afirmado por distintos autores en varias publicaciones (*Weiser* y *Binson*),¹ (*Melamed* y *Bauer*)- que el aumento de volumen de la bursa iliopectínea no es diagnosticado preoperatoriamente aun en los casos estudiados por clínicos, cirujanos y ortopédicos competentes. En febrero de 1975 tuvimos la oportunidad de intervenir en el caso de un paciente portador de un tumor inguinal que se extendía a la fosa ilíaca derecha, y en cuya cadera vecina existía una antigua osteoartritis. En ningún momento previo a la operación se planteó un aumento de la bursa iliopectínea y fue en el desarrollo de la misma que se estableció el diagnóstico y, además, se puntualizó su origen como una bursitis villonodular. Esto motivó una comunicación posterior que comprendió, además, una revisión de la literatura médica pertinente, a nuestro alcance.

En noviembre de 1975 se presentó en nuestro consultorio el paciente que motiva la realización de este trabajo; se trata de un portador de una osteoartritis de la cadera derecha tratada conservadoramente durante los últimos seis años con un ataque doloroso agudo, claudicación, y la aparición de un tumor evidente en la región inguinocrural de ese mismo lado, con todas las características similares a las de nuestro primer paciente, por lo que fue investigado, de inicio, dirigiendo la atención hacia la demostración de una bursa iliopectínea aumentada de tamaño.

Posteriormente hemos estudiado dos casos adicionales; uno se trata de un anciano de 76 años portador de una artrosis marcada en la cadera derecha y un tumor inguinal típico,

¹⁷ Trabajo leído parcialmente ante la Sociedad de Medicina Interna –sección de reumatología– en julio 5, 1976.

¹⁸ Cirujano ortopédico del hospital "Luis de la Puente Uceda", regional "10 de Octubre".

fluctuante a poca tensión y no doloroso, que sólo estaba interesado en alivio sintomático que consiguió con bastón y analgésicos. El otro caso, una mujer de 54 años, portadora de una enfermedad de Paget de la pel-vis con una artrosis en la cadera derecha y un tumor inguinal doloroso, fluctuante y de tamaño variable en su evolución y que sólo aceptó un tratamiento a base de calcitonina.

El concepto de bursitis iliopectínea en general es el de una inflamación de la bursa del psoas que llama la atención hacia la región inguinocrural y sobre la cual no existe uniformidad de criterios etiológicos ni patogénicos. Es opinión de este autor que debe aceptarse esta enfermedad, por el momento, de acuerdo con la forma de presentación clínica y los hallazgos patológicos, y que su clasificación en aguda, que es sinónimo de contractura del psoas, y crónica, que lo es de tumoral o permite un ejercicio más libre del diagnóstico diferencial en cada caso. Lo determinante en la autonomía clínica de la bursitis iliopectínea crónica como entidad, es que el cuadro clínico está jerarquizado por su presencia como aumento de volumen y por los impedimentos o interrogantes que su presencia plantea, y no su participación en los procesos patológicos de la articulación vecina. Las relaciones entre la cavidad bursal y la articular son prácticamente continuas más que contiguas. La porción de cápsula entre el ligamento iliofemoral (Y) y el pubofemoral (pubocapsular) es muy fina y en este punto la bursa está en íntimo contacto con la sinovial de la articulación. *Kessel* estudió este aspecto en 535 cadáveres, y halló un 15% de pacientes con una comunicación directa, en la mayoría congénita, sin descartar la posibilidad de que se establezca por trauma o fricción. En la actualidad se estima que en los casos de osteoartritis y artritis reumatoide la posibilidad de una comunicación directa presente es aún mayor causada por un aumento de la presión del líquido intrarticular. Es opinión de este autor que la bursa iliopectínea represente no sólo un órgano de deslizamiento para los tendones que cruzan la articulación coxofemoral por su cara anterior, sino un reservorio de amortiguación, hacia donde se desplaza el líquido sinovial cuando aumenta su producción en el interior de la articulación, cuya cápsula es muy limitada y rígida.

Es posible que este proceso sea comparable a la formación de los quistes poplíteos llamados de Baker.

Es posible también un mecanismo patogénico similar, pero de ruta invertida en los casos de artritis séptica de la cadera, secundaria a la perforación de una viscera abdominal. Está descrito en la perforación de divertículos del colon que forman un absceso retroperitoneal; éste se desliza sobre el músculo psoas ilíaco hasta la cara anterior de la cadera donde sufre un verdadero drenaje cerrado al pasar a la cavidad articular por la comunicación existente, o perforar la delgada separación, y proporcionar un cuadro clínico atenuado, si se compara con la forma hematógena aguda, y que es totalmente relegado a un segundo plano por la magnitud de los síntomas, signos y pronóstico del problema intrabdominal.⁴

El aumento de volumen de la bursa del psoas, que motiva la consulta en busca de diagnóstico y tratamiento para un tumor de la región inguinocrural —que el paciente por lo general ha notado en su crecimiento lento y progresivo— ha sido hasta ahora mal conocido, poco divulgado, de etiopatogenia imprecisa, o por lo menos de causas múltiples y de investigación casi limitada a su exploración quirúrgica. En años recientes la artrografía, en su nuevo auge, con medio de contraste inocuo y técnica de mayor precisión ha permitido el estudio de la bursa iliopectínea en todas las gradaciones de su aumento de volumen, estableciendo el verdadero valor del método, el cual es, poder prescindir de una cirugía diagnóstica cuando factores desfavorables concurren en el paciente, y dejar ésta limitada para los casos de necesidad terapéutica como cuando hay presente un síndrome compresivo de vecindad o a distancia.

Bursogratía

La contrastación de la bursa iliopectínea se logra directamente sólo en los casos en que se encuentra anormalmente distendida, por punción directa del tumor y comprobación de líquido típico, en cuyo caso al inyectar contraste se opacifica secundariamente la articulación coxofemoral, casi siempre. Hay informes sobre casos de pacientes que no mediante punción deliberada, sino accidental, se ha obtenido líquido típico y la contrastación ha estado limitada a los confines de la bursa normal (figuras 1, 2 y 3).

Técnica. Si existe tumor palpable, con una jeringuilla de 20 cc y una aguja No. 18 se vacía parcialmente, se cambia la jeringuilla por otra que contenga 20 cc de renografin y se inyecta lentamente comprobando con el intensificador de imagen si el líquido de contraste huye de la punta de la aguja y a su vez si el líquido aceitoso refluye dentro del medio acuoso de la jeringuilla. Una vez pasado el contenido completo, se da masaje sobre la región y se lleva la cadera por todo el recorrido de su movimiento, comprobando la distribución con el intensificador de imagen, en cuyo caso se

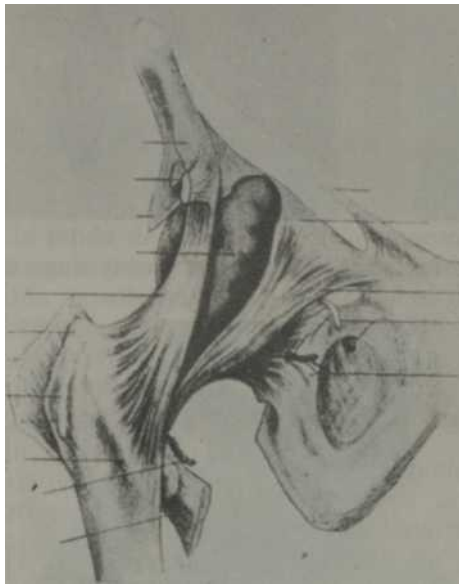


Figura 1. *Situación anatómica de la bursa iliopectínea según la Anatomía Práctica de Heisler.*

La contrastación indirecta se logra mediante la técnica empleada para la artrografía de cadera, y el contraste de aquí pasa por la comunicación casi constante que existe en los casos patológicos, especialmente de artropatía degenerativa o reumatoidea, a la bursa iliopectínea.

realizan radiografías en doble vista de la región.

Si no existe tumor palpable, se aborda la articulación coxofemoral por uno de los métodos tradicionales, y el punto de entrada que mejor resultado nos da es el hallado así: se toma la distancia desde la espina iliaca anterosuperior



Figura 2. *Bursografía iliopectinea directa intencional.*



Figura 3. *Bursografía iliopectinea directa accidental.*

hasta la sínfisis del pubis y se repara su punto medio y éste se une por una segunda línea a la fosita subtrocantérea, en la unión de los dos tercios distales con el tercio proximal; en esta línea, se halla el punto buscado. Se infiltran 2 ó 3 cc de anestesia local en la piel y tejido celular subcutáneo y entonces se procede a puncionar, con una aguja No. 18 montada en una jeringuilla de 20 cc, verticalmente, con lo cual se hace contacto rápidamente con el hueso; en algunos casos es necesario repetir la punción, ya que la desviación alternante más frecuente es la de inclinar el pabellón distalmente y dirigir la punta entonces en una dirección que si se prolongara caería en la mitad de la distancia entre el ombligo y el pubis. Se comprueba con el intensificador de imagen, se cambia la jeringuilla por otra de 20 cc, que contenga renografin y se procede como anteriormente.

Comprobación. Ya tenemos la obtención de líquido típico, la huida del contraste de la punta de la aguja y los contornos de la articulación coxofemoral, estos dos últimos con la ayuda del intensificador de imagen; ahora bien, el signo de más rigurosa certeza de que la bursa iliopectínea ha sido contrastada está dado por la contractura del músculo psoas que determina una deformidad en flexión superior a los 20 grados, manteniendo el paciente, el miembro semiflexionado para atenuar algo el intenso dolor que aliviamos parcialmente con una ampolla de duralgina intramuscular. Si se intenta extender pasivamente el miembro, el dolor se torna violento, y se manifiesta una hiperclordosis lumbar que recuerda al opistótonos tetánico.

Interpretación. Las vistas anteroposte- riores por lo general tienen buen contraste, pero la vista lateral tiene aún dificultades técnicas. Como el equipo empleado no presenta posibilidades de colocar el tubo entre las piernas del paciente para obtener una vista lateral "verdadera" como en la osteosíntesis de cadera, obliga a incluir la pelvis en todo su espesor como

una dificultad técnica insuperable. Se ha intentado, trasladando al paciente a otro equipo, hacer la vista lateral como toma final; sin em-bargo, esta técnica no está perfeccionada. En la actualidad en las caderas que lo permiten, se coloca el miembro en flexión, abducción y rotación externa y se hace la toma con el foco en la misma posición que en la anteroposterior, con lo que se obtiene una vista adicional útil aun cuando no sea lateral exacta.

El artrograma normal de cadera tiene un patrón para la vista anteroposterior y otro para la lateral y tiene valor el escape de contraste por fuera de estos límites. En los casos de la bursa iliopectínea distendida y comunicante ésta aparece de contornos nítidos e irregulares, y abarca una extensión variable en la vista anteroposterior, distribuyéndose por el aspecto interno del artrograma longitudinalmente, a veces intrabdominal inclusive, ya sea continuo o con una estructura en "reloj de arena" al nivel del ligamento inguinal; y en la vista lateral, en forma redondeada o abombada por delante de la imagen articular contrastada. En casos publicados de gran tamaño, las imágenes, únicas o policí- clicas, ocultan el artrograma en una forma más o menos completa (figura 4).

Investigación. Se inició el estudio en cadáveres preferiblemente traumáticos en el departamento de tanatología del Instituto de Medicina Legal, donde se contó con la valiosa cooperación de los médicos y técnicos del mismo con vista al estudio anatómico de la bursa iliopectínea, y poder sacar conclusiones útiles para el entendimiento patogénico de sus procesos patológicos, para el más acertado abordaje por punción relacionado con la bursografía y para las vías de acceso quirúrgico más seguras con relación a los elementos vasculo- nerviosos de la región inguinocrural. En las primeras preparaciones se procedió a normar los pasos previos a la exposición de la bursa iliopectínea en dos variedades: una longitudinalmente primero y otra transversal después; a continuación se pautó la técnica de



Figura 4. Arthrografia normal de la cadera.

punción de la articulación y después el estudio sistemático del conjunto contrastado por una solución de azul de metileno disuelta en agua oxigenada (H.Oi). Se disuelve un ampulpa de 20 cc de azul de metileno en un frasco de 250 cc de suero que contenga 150 cc de agua oxigenada. Bastan 5 cc de esta solución para obtener un efecto de contestación extenso por la fuerza expansiva de las burbujas que forma el diluyente, las cuales tienden a distender el plano anterior de la cápsula. El estudio pretende alcanzar un porcentaje adecuado como para verificar los hallazgos de *Kessel* (en más de 500 cadáveres) de un 15% de comunicación congénita. Hasta ahora en 20 cadáveres examinados no hemos podido evidenciar la primera, pero sí lo tenue que es el suelo de la bursa, ya que basta arañarlo simplemente para que las burbujas del contraste inyectado fluyan al exterior; además, éste, como un vitral, resalta del resto de la cápsula y sí se secciona el

rectángulo anterior de la misma podemos apreciar intensa la luz difusa de los ventanales, por lo tanto no ha sido difícil formular el planteamiento de la función de las bursas periarticulares no sólo como órganos de deslizamiento de los tendones que la cruzan, sino como reservónos de descompresión o amortiguación. Es decir, una bursa periarticu- lar puede sufrir procesos inflamatorios propios, pero a su vez puede ser asiento como epifenómeno de un aumento de volumen por desplazamiento del líquido producido en exceso dentro de la articulación hasta el límite de resistencia de un llamado punto débil o de una comunicación previa congénita o adquirida que por un mecanismo similar a una válvula permite el pase de líquido de un lado a otro. Este proceso ha sido apreciado en el llamado quiste de Baker de la rodilla y en los gangliones relacionados con la articulación de la muñeca. La punción tal como ha sido pautada aborda la cápsula sobre la topografía de la cabeza del fémur, área en la cual la cantidad de contraste es mínima porque mínimo es también el espacio; sin embargo, distal a esa zona hay un verdadero depósito de colorante, ya que el cuello no se ofrece transversal sino en anteverción. Ya este extremo ha sido confirmado en la mesa de rayos X con la pantalla intensificadora. Con respecto al abordaje quirúrgico, éste tiene que ser anterior, ya sea longitudinal o transversal, y llevar los músculos sartorio, recto interno y psoas ilíaco hacia afuera y el complejo vasculonervioso hacia adentro. El nervio orural se abre en un amplio abanico y apenas tiene recorrido como un tronco común y va en busca de los músculos citados y el resto del cuádriceps, por lo tanto el crecimiento más común de la bolsa quística, que es hacia delante, inicialmente por lo menos, lleva en su extremo todas las ramas nerviosas, y como la resección no necesita ser completa pues no es el origen de recidiva, y sí interesa llegar a su base que no es otra que la comunicación, casi siempre patente, otras no a nivel del suelo de la bursa iliopectínea, se debe buscar el vientre muscular del ilíaco que es profundo, ya sea por

separación o desinserción del sartorio primero y el recto interno después, con lo que desplazándose en sentido interno se halla el tendón del psoas, y por último la cápsula. Este estudio no puede ofrecer más detalles por estar en período organizativo y será motivo de una comunicación futura.

Informe de un caso

J. B. O. de 73 años de edad, del sexo femenino, casada y ama de casa, es una osteoartritis conocida de la cadera derecha de varios años de evolución, cuya función ha declinado progresivamente y que últimamente necesitaba auxilio para caminar y tomaba analgésicos a diario. En enero de 1975 consulta por una crisis de dolor intenso, con claudicación y señala que ha notado la aparición de un aumento de volumen simultáneamente en la región inguinal derecha. Por motivos ajenos no pudo ingresar para estudio hasta diciembre de 1975, en cuyo examen se detectó que el tumor había incrementado su tamaño, desplazado del latido femoral hacia adelante y adentro y se pudo palpar su extremo proximal por debajo del ligamento inguinal proyectado hacia la fosa ilíaca derecha.

Su consistencia es blanda y renitente, y toda el área crural que ocupa es intensamente dolorosa. La cadera presenta una deformidad en flexión de 140 grados y limitada la abducción y las rotaciones. Se punciona el tumor con una aguja calibre 18 y se obtiene un líquido amarillo oscuro de tipo sinovial a tensión, con lo cual se alivia el síntoma de dolor agudo.

Radiografía simple: se trata de una artrosis de cadera en estado avanzado de destrucción; el espacio articular es mínimo y se observan áreas de condensación ósea que se alternan con zonas de osteólisis. En la columna lumbar se aprecia entre L-4 y L-5 un traslado a esa articulación de la facultad móvil en flexión y extensión del tronco de la paciente por un aumento de la densidad ósea y la aparición de gruesos osteofitos de tracción en ese nivel. El resto de los análisis de laboratorio son prácticamente negativos (figuras 5 y 6).

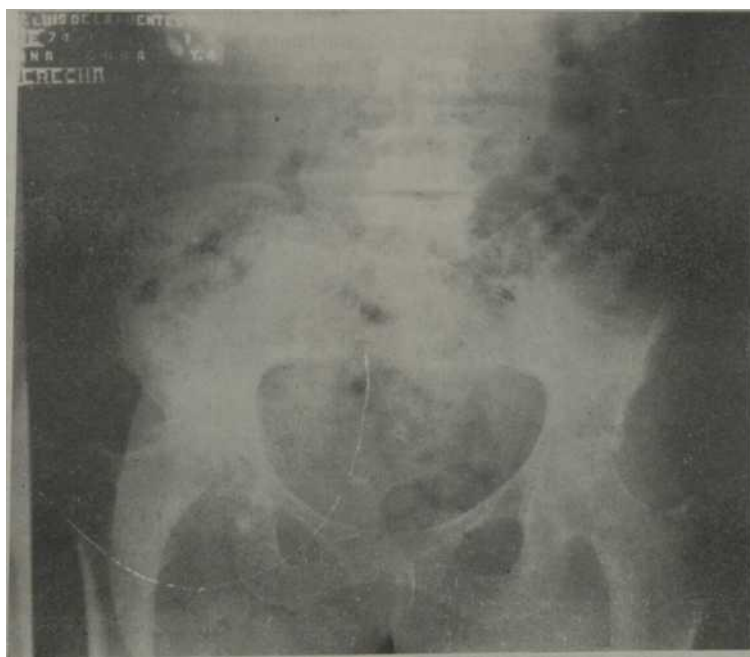


Figura 5. Artrosis unilateral de cadera con tumor inguinal ipsilateral y síndrome de compresión del nervio crural (triada de Melamed).



Figura 6. Tomografía en vista anteroposterior de la cadera anterior. Cavidades intracetabulares e intracéfálicas.

Bursografía: con el auxilio del intensificador de imagen se procede a puncionar la articulación coxofemoral sin poder aspirar líquido en el nivel cervicocefálico, se rectifica la dirección puncionando el tumor por debajo del latido femoral que se localiza a unos dos traveses de dedos por debajo de la cabeza del fémur, según se comprueba en la pantalla. Se aspiran unos 5 cc de líquido amarillo intenso, diáfano y aceitoso, se cambia la jeringuilla y se comprueba de nuevo la entrada de este líquido de naturaleza distinta, con el brillo típico de la grasa, se destaca como un filamento bien diferenciado del medio acuoso y transparente del renografía; se procede a la contrastación de una cavidad quística en el plano anterior de la cadera y a continuación se dibuja el contorno típico del espacio articular y los depósitos pericervicales. Todo esto se sigue por el intensificador de imagen en una forma dinámica que demuestra la comunicación existente entre la cavidad articular y la quística. Se hace una radiografía en posición anteroposterior y se comprueba una imagen desigualmente contrastada y polilobulada; en este momento la paciente presenta un intenso dolor y una deformidad en flexión de unos 60 grados en la cadera, así como una intensa sequedad en la boca; se le inyecta un ampolla de dural-gina intramuscular y se aprovecha la posición

antálgica en flexión para movilizar la articulación en los escasos grados que tienen de recorrido sus limitados movimientos, y después en extensión y con el auxilio de la pantalla se le da un masaje vigoroso al tumor inyectado. Una nueva radiografía en posición anteroposterior demuestra más nitidez en los contornos y en la distribución del contraste. Se hicieron entonces tres vistas laterales con distintas técnicas de penetración con el objetivo de aislar el tumor anterior, lo que se consiguió sólo en una, ya que por la poca movilidad de la fuente de rayos X no pudo obtenerse una vista aislada de la cadera explorada; de esta forma la toma abarca las dos y, por lo tanto, no es posible contar con una vista de alta calidad; para ello es necesario trasladar al paciente a un equipo versátil de gran movilidad y conseguir una vista lateral "verdadera", que es como se designa a la utilizada en la técnica de osteosíntesis con clavo trilaminar de la fractura transcervical. Una radiografía tomada 6 horas después demuestra que la imagen está prácticamente desvanecida y que sólo conserva contraste intenso la porción más distal de la cavidad quística; se encuentra el resto del medio excretado por el riñón y contrastando la vejiga (figuras 7 y 8).

Vistas al día siguiente las placas bien fijadas se aprecia la penetración del contraste en el contorno del acetábulo dando una imagen por adición y otra en el contorno de la cabeza del fémur en su aspecto inferior de doble contraste, lo cual se relaciona con las cavidades que se ven en las fases avanzadas de la artrosis, y especialmente la última descrita por la presencia de un ganglión subcondral, todo ello a dilucidar mediante tomografía que se realiza un mes después, la que demuestra efectivamente cavitaciones a esos niveles.

Evolución: a su regreso de la exploración radiológica, la paciente se mantuvo adolorida, y al día siguiente se estimó necesario colocarla en una tracción de partes blandas con 5 libras en su extremo por 4 días, al cabo de los cuales el dolor había desaparecido por completo, tanto a la palpación de la región como a la estación de pie. La contractura del psoas se redujo a 20 grados. La paciente claudica por su discrepancia de longitud y rigidez articular pero no tiene dolor; se le da el alta, y se le recomienda el uso de bastón. Su última visita en febrero de 1976 demuestra que se mantuvo la mejoría, y está usando el bastón para salir a la calle; no presenta variación el tumor inguinal, que se mantiene blando e indoloro.

DISCUSION

Se trata de un caso clínico que cumple la tríada sugerida por *Melamed*: un tumor inguinal, con una artropatía de la coxofemoral vecina y un síndrome compresivo dado por el dolor intenso que su crecimiento determina. Dado el antece-



Figura 7. *Bursografía iliopectinea directa en vista anteroposterior. Artrografía de cadera indirecta.*

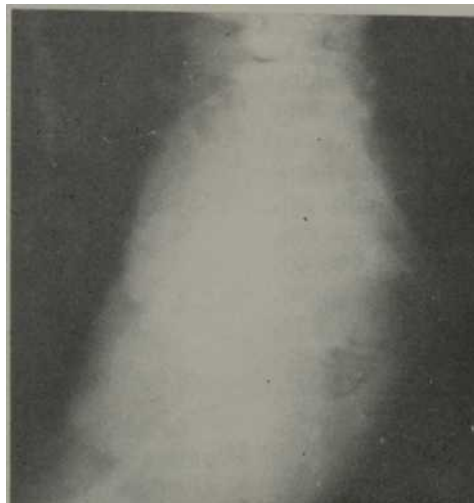


Figura 8. *Bursografía iliopectinea directa en vista lateral.*

dente de otro caso similar en un paciente atendido por el autor, sólo unos meses antes, el presente se orientó desde su inicio hacia la demostración de una bursa iliopectínea aumentada de tamaño y permitió lo que estimamos sea la primera bursografía de esta región, realizada en nuestro medio. La paciente, por su avanzada edad, no es la más apropiada para una cirugía innecesaria de cadera, pues para los fines diagnósticos, con la exploración realizada es suficiente y permite justificar una terapéutica conservadora basada en punciones paliativas si fuera necesario y la descarga de peso de la articulación enferma con la prótesis más simple que existe: un bastón. El método ha pasado su prueba confirmatoria satisfactoriamente y estamos seguros que colocando nuestra atención en las partes blandas que rodean la cadera de nuestros pacientes artrósicos y reumatoideos es posible que se amplíe en forma sustancial esta primera comunicación en un futuro no lejano.

Revisión de la literatura médica

La visualización contrastada de la bursa iliopectínea se acredita por primera vez a *Kumner y Senarclens* en 1917 por una punción deliberada. En esta nueva etapa —que pudiéramos llamar moderna— de la artrografía con medio de contraste menos nocivo, *Armstrong y Sax-ton* en 1967, tratando de hacer una punción de la vena femoral en la ingle, en el caso de un paciente con edema venoso unilateral, obtuvieron un líquido viscoso, al puncionar accidentalmente una bursa iliopectínea distendida y una imagen de la misma con extensión abdominal. Un año después el paciente fue operado y se comprobó un quiste gigante tipo ganglión en la ubicación anatómica de la bursa que comunicaba con la coxofemoral, afectada ésta por una coxa plana antigua. Un año después, tratando de puncionar la arteria femoral en la ingle de un paciente que no tenía síntomas en la región y sí un tumor renal

del cual se quería obtener una arteriografía selectiva, fluyó por el trocar un líquido similar al obtenido del primer paciente contrastando deliberadamente una bursa iliopectínea en localización y tamaño normales. Hace unos 20 años aún eran frecuentes las comunicaciones con error de diagnóstico preoperatorio, así *Herrington*⁷ en 1955 publicó el caso de un paciente cuyo diagnóstico fue operatorio; y *Witter*⁷ en 1957, ante un caso típico, igualmente no lo diagnosticó hasta que lo operó, y se dio a la tarea después, de confeccionar una clasificación con vista al diagnóstico diferencial que puede resumirse así:

1. Afección a nivel del canal inguinal: hernia inguinal, hidrocele, anomalías de un testículo no descendido.
2. Adenopatía inguinal: superficiales (que son paralelas al ligamento inguinal, y secundarias a infecciones del muslo, nalga, abdomen o genitales); y profundas {que son paralelas a los vasos, y secundarias a infecciones del muslo inferior, pierna y pie).
3. Afección a nivel del canal femoral: hernia crural, hidrocele concomitante con ascitis.
4. Lesiones de origen vascular: aneurisma arterial, fístula arteriovenosa, varicosidad de la safena interna, hematoma.
5. Lesiones de origen nervioso: neurofibroma.
6. Lesión esquelética: luxación anterior de la cabeza del fémur.
7. Lesiones de origen muscular: rabdomioma, rabdomiosarcoma.
8. Absceso del psoas.

La otra contribución apreciable de este autor fue representar con exactitud el origen y crecimiento de la lesión basados en una ilustración del texto de anatomía de *Thoreck* sobre un corte transversal de la cadera a nivel de la bursa iliopectínea (figuras 9 y 10).

En 1967, *Watson*⁸ describe un caso de tumor quístico abdominal en una artritis



Figura 9. Corte transversal de la cadera. Bursa iliopectinea normal.

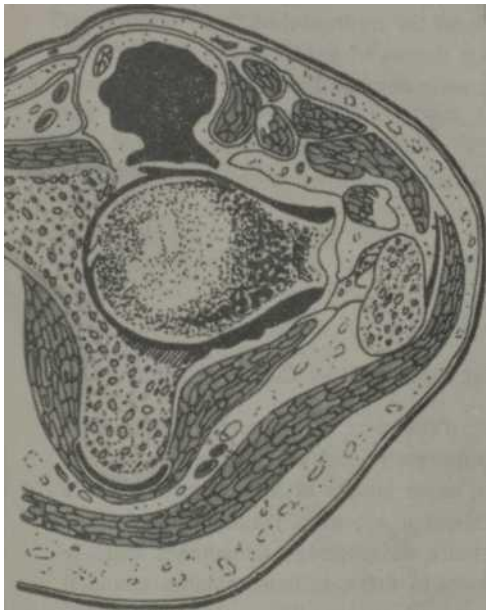


Figura 10. Corte transversal de la cadera. Bursa iliopectinea distendida en forma tumoral.

reumatoidea que exploró por laparotomía y no menciona una sola vez la bursa iliopectinea a pesar de que la siguió hasta el acetábulo y la describió como una bursa reumatoidea. En ese propio año, *Melamed* investigó sobre tres casos de extensión abdominal y afirma que la bursa iliopectinea suele ser ignorada en el diagnóstico diferencial de los tumores abdominales, pélvicos e inguinales, y sugirió la siguiente tríada que en la práctica se constata casi constantemente: tumor inguinal palpable, síndrome compresivo de las vísceras adyacentes y rayos X positivos de artrosis o artritis reumatoidea en la cadera vecina.

En 1972, *Staple*⁹ se atribuye la primera demostración artrográfica de la bursa iliopectinea distendida con extensión abdominal, y lo que sí obtuvo fue una vista lateral perfecta; la historia clínica de su paciente demuestra cómo se manejan erróneamente estos casos antes de llegar al diagnóstico. Se trata de un paciente de 71 años de edad, portador de una coxa plana unilateral antigua, en quien aparece un tumor en el reglón inguinal contiguo que se diagnosticó como adenopatía; se le realizó una linfografía con resultados negativos; a continuación se le hizo una arteriografía con la que se obtuvo un patrón de compresión extrínseca de la arteria femoral que aparece desplazada hacia adelante y adentro, permaneciendo el área tumoral relativamente avascular. Se hizo entonces lo que en intención fue una biopsia de ganglio, sin resultados aclaratorios y que drenó durante dos meses un líquido claro que se interpretó como una linforrea; posteriormente se le hizo una artrografía con la que se obtuvo la imagen en doble vista de una cavidad quística comunicante con la articulación coxofemoral. Fue así que *Staple* estableció el verdadero valor del método, "dispensar una cirugía diagnóstica cuando factores desfavorables concurren en el paciente".

En 1974, *Razzano*¹⁰ publicó su experiencia sobre la artrografía de cadera del adulto e hizo énfasis particularmente en el estudio evolutivo de la artroplastia

sustitutiva por endoprótesis de cadera, y afirma que no incluye los casos de artrosis y artritis reumatoidea porque éstos han suministrado una información útil muy limitada; ello se explica si el estudio fue aislado de los otros medios de exploración que señalan las variantes de interés por confirmar, como son: la distensión de la bursa iliopéctinea, la presencia de cavidades óseas, etc.

En 1975, *Warren*¹¹ estudió un caso en que confirmó en el paciente la tríada sugerida por *Melamed*; dicho enfermo, de 69 años de edad, con una artrosis de cadera unilateral de unos 20 años de evolución, cuatro meses antes de consultar refiere haber notado un aumento de volumen en la región inguinal ipsilateral, acompañado de dolor y parestesias que se

irradian en sentido distal y que le han causado una incapacidad progresiva. Se hizo una artrografía de esa cadera contrastando una bursa iliopéctinea aumentada en sus dimensiones con una voluminosa extensión abdominal por debajo del ligamento inguinal. Se exploró quirúrgicamente, y se halló un tumor quístico comunicante con la cavidad coxofemoral y con extensión subperitoneal, que comprimía el nervio crural y cuyo examen patológico fue el de quiste sinovial con signos de inflamación crónica. Este autor concluye que una vez fundamentada clínicamente la indicación de la artrografía, éste es el método idóneo por simple y exacto en la evaluación de un tumor inguinal con artropatía vecina para el que se proyecte un tratamiento quirúrgico.

SUMMARY

Cicero Amigó, H. *Iliopectineal bursography. Report of a case.* Rev Cub Med 16: 6, 1977.

An inguino-crural tumor can occasionally lead to a local or a distant compression syndrome which nature should be established, and also it should be distinguished from other entities. A quite simple diagnostic procedure with a high degree of sensitivity is iliopectineal bursography. It is used in order to prevent a diagnostic surgical operation when several unfavourable factors concur in the patient, thus being only used in patients with, for example, a compression syndrome. A patient with a chronic iliopectineal bursitis and concurrent coxarthrosis that was clinically diagnosed and confirmed through bursography is presented. Medical literature was briefly reviewed.

RESUME

Cicero Amigó, H. *Bursographie iléopectinée. Rapport d'un cas.* Rev Cub Med 16: 6, 1977.

La présence d'une tumeur inguino-crurale, formule, d'une part, un diagnostic différentiel inquiétant; et d'autre, quelquefois, un syndrome compressif local ou à distance, dont la nature doit être éclaircie. Un procédé diagnostique, assez simple et à un degré élevé de sensibilité, la bursographie iléopectinée, dont l'utilisation est avec l'objectif de ne pas utiliser une chirurgie diagnostique, quand les facteurs défavorables concurrent dans le patient et laissent ceci limité pour les cas de nécessité thérapeutique, comme quand il y a un syndrome compressif. C'est à propos d'un cas de bursite iléopectinée chronique avec une coxarthrose voisine diagnostiquée cliniquement et confirmée par la bursographie. On analyse brièvement la littérature médicale concernée.

Cncepo AMHro, r. Eyp3orpacjHH HjmoneKTHHHaH . üccjie^OBa- HHe ojmoro cjiyMaK. Hev Cüb Med 16:6,1977.

yKa3UBaeTCH, *ito Hararaae laHrHHOKpyTajibHOü onyxojm ctebut , c OfiHOH CTOpOHU, TpeBOJKHHH íepeHDHaJIBHHM JQiarH03 H, C **Kpj** - roM CTOpOHU, KHOr^a, JIOKaJIBHHHí HJfií flHCTaHUHOHaJIBHHÍí CHHÍPOM csaBJiemih, npozcxoxfleHue aojixho óhtb BUHCHeHO. JtoarHOC- TH^eCKHM MeTOfiOM, flOBOJIBHO npOCTHM H C BHCOKOH CTeneHBK) MyB CTBHTEjTBHOCTH HBJLgeTCH MeTOfi HJfiíOieKTHHHOM óyp30rpai>ílH, MBé ncn0JiB30BaHiie b 3TOM c-ny^iae HBjraeTCH, b ochobhom, c uejiBio OTMeHeHHH xnypriraecKoií OTarHOcraKH, Koraa HeÓJiaronpMHTHue \$aKTophi pynnHpyioTCH y nauMeHTa h ocTaBJiuoT JEHMHTHpoBaHHOii 3Ty xiipyprio **jum** cjiy^aeB TepaneBTz^eckOM HeoCxo^uMocTH Kan h b cjiy^ae, Kor^a ecTi chjirom cnaBjaiBaHKH. Ilpe^cTaBJiHeTCH cjiy^aM xpoHH^eckoro HjmoneKTWHoro óyp3KTa c cocejiuHM KopT P030M, KOTOpHM ÓHJI JpaTHOCTZpOBaH KJfiíHH^eCKH H nOfITBepJKféH Oyp3opa\$eH. Corjiacho 3TOMy, b KpaTKOM \$opMe aHapa3nyeT- CH wiefIKUiiHCKafi JizTepaTypa.

BIBLIOGRAFIA

1. *Weiser, J. R.; Robinson, D. VJ.* Pigmented Villonodular Synovitis of Iliopectineal Bursa. A case report. *J Bone Joint Surg (Am)* 33-A: 988, 1951.
2. *Melamed, A.; Bauer, C. A.* Iliopsoas Bursal Extension of Arthritic Disease of the Hip. *Radiology* 89: 54, 1967.
3. *Cicero Amigó, H.* Bursitis iliopectínea crónica. Reporte de un caso villonodular. *Jornada Médico-Quirúrgica del hospital docente "Enrique Cabrera",* noviembre 6, 7 y 8 de 1975.
4. *Smith, W. S.; Ward, R. M.* Septic Arthritis of the Hip Complications of Abdominal Or- gans. *JAMA* 195: 1148, 1966.
5. *Armstrong, PSaxton, H.* Iliopsoas Bursa. *Br. J Radiol* 45: 493, 1972.
6. *Herrington, L. J.* Ganglion Arising in Unusual Locations. *Ann Surg* 142: 900, 1955.
7. *Witter, J. A.; Swingle, N. E.* Iliinguinal Swellings. *Am J Surg* 94: 653, 1957.
8. *Watson, J. D.; Ochsner, S. F.* Compression of the Bladder due to "Rheumatoid" Cyst of the Hip Joint. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med* 99: 695, 1967.
9. *Staple, T. IW.* Arthrographic Demonstraron of Iliopsoas Bursa Extension of the Hip Joint. *Radiology* 102: 515, 1972.
10. *Razzano, C. D. et al.* Arthrography of the Adult Hip. *Clin Orthop* 99: 86, 1974.
11. *Warren, R.* Arthrographic Demonstration of an Enlarged Iliopsoas Bursa, Complicating Osteoarthritis of the Hip Joint. *J Bone Joint Surg* 57-A: 413, 1975.