

TRATAMIENTO DEL QUISTE MIXOIDE DACTILAR CON SUERO SALINO HIPERTONICO

Autores: Sánchez Villasevil Antonio; Contreras Galindo Dolores;
Bilbao Pollán Maite; Peliko-Bokara Filomena.

Servicio de Dermatología Hospital Severo Ochoa
Leganés (MADRID)



- INTRODUCCION Y OBJETIVOS

- El quiste mixoide dactilar (QMD) es una lesión benigna, normalmente única, que aparece en articulaciones interfalángicas distales de la mano, menos en pies, principalmente en mujeres por encima de los 50 años, asociado a problemas de artrosis. Presenta un curso indolente, pero en ocasiones puede llegar a producir paroniquias y artritis sépticas por sobreinfección tras su rotura accidental.
- Su origen es controvertido: se ha sugerido que su contenido es debido a una degeneración mucoide del tejido conectivo o bien líquido sinovial que se deriva desde la articulación a través de una fístula.

- 
- En cuanto a su manejo, se han publicado numerosos tratamientos, pero ninguno definitivo, presentando todos ellos una tasa elevada de recidivas:
 - - incisión más drenaje
 - - escisión simple
 - - micropunciones más vendaje compresivo
 - - crioterapia
 - - electrocoagulación
 - - cauterización con sustancias químicas (ác. nítrico, fenol o ácido tricloroacético)
 - - infiltración de sustancias esclerosantes (polidocanol) o esteroides
 - - vaporización con láser CO₂
 - - cirugía



- 
- El objetivo del estudio es evaluar la eficacia del tratamiento con infiltraciones de suero salino hipertónico (20%) (SSH) frente a otros tratamientos clásicos.
 - El SSH pertenece al grupo de esclerosantes osmóticos y es totalmente biocompatible. Fue introducido en 1926 por Paul Linser para esclerosar varices. También ha sido utilizado, dado su alto poder hidrófilo, como desbridante osmótico en el tratamiento de úlceras muy exudativas , para facilitar el posterior desbridamiento mecánico. Esta terapia está en desuso.

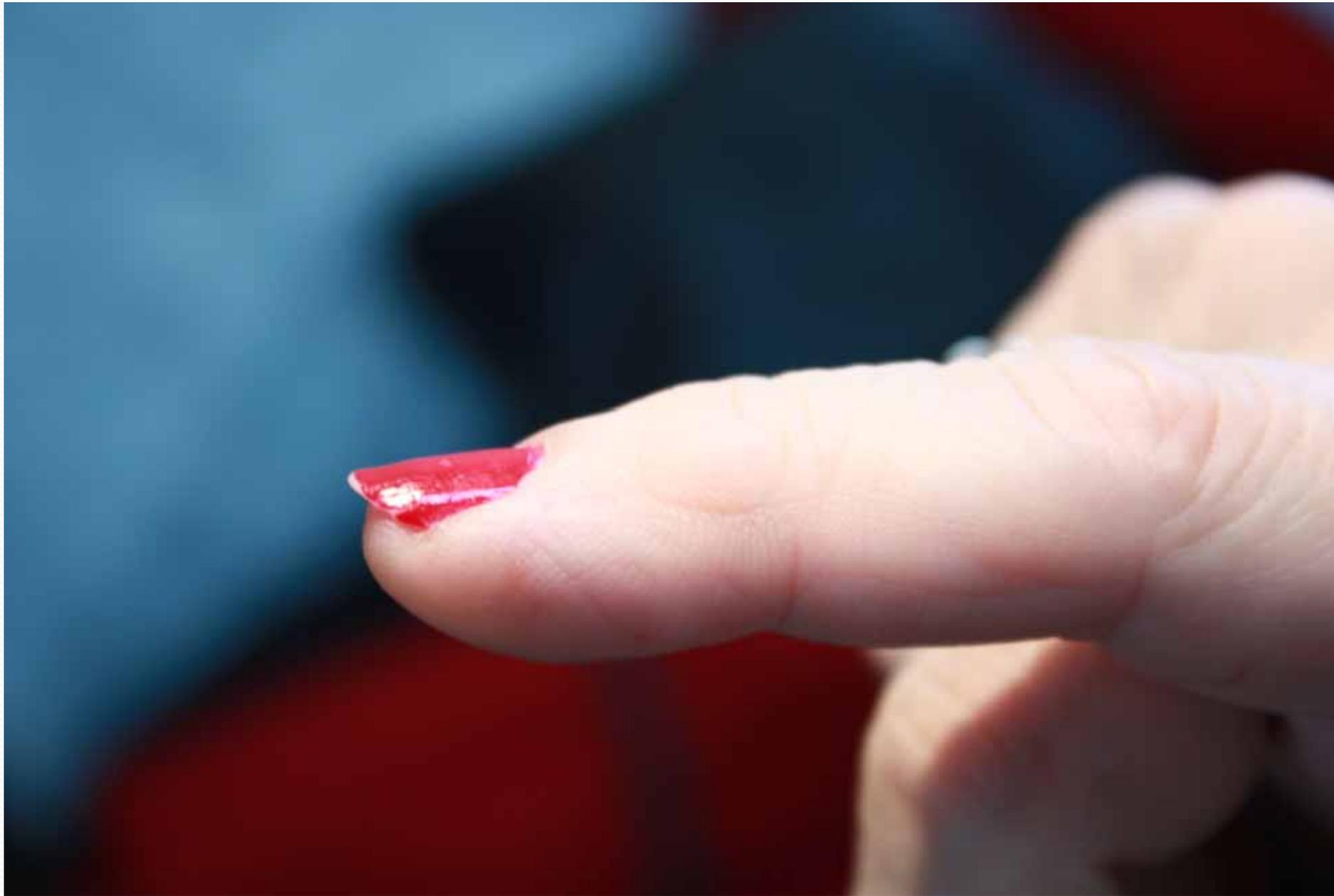


● METODOLOGIA

- Presentamos un estudio hecho entre enero de 2012 y enero de 2015 sobre 30 pacientes (P) (21 mujeres y 9 hombres) con QMD (23 en dedos de manos), con una edad media de 63 años. El 60% de ellos había recibido tratamientos previos y todos habían recidivado.
- Se hicieron infiltraciones intralesionales con SSH. El número medio de infiltraciones fue de 2.
- Procedimiento:
 - Limpieza del area de la lesión con solución de clorhexidina al 2%.
 - Infiltración intralesional de SSH, sin drenaje previo, hasta saturar la cavidad (0,1-0,3 ml).
 - Cura con apósito ligeramente compresivo durante 4-6 días
 - Revisión en 2-3 semanas para valorar resultados.



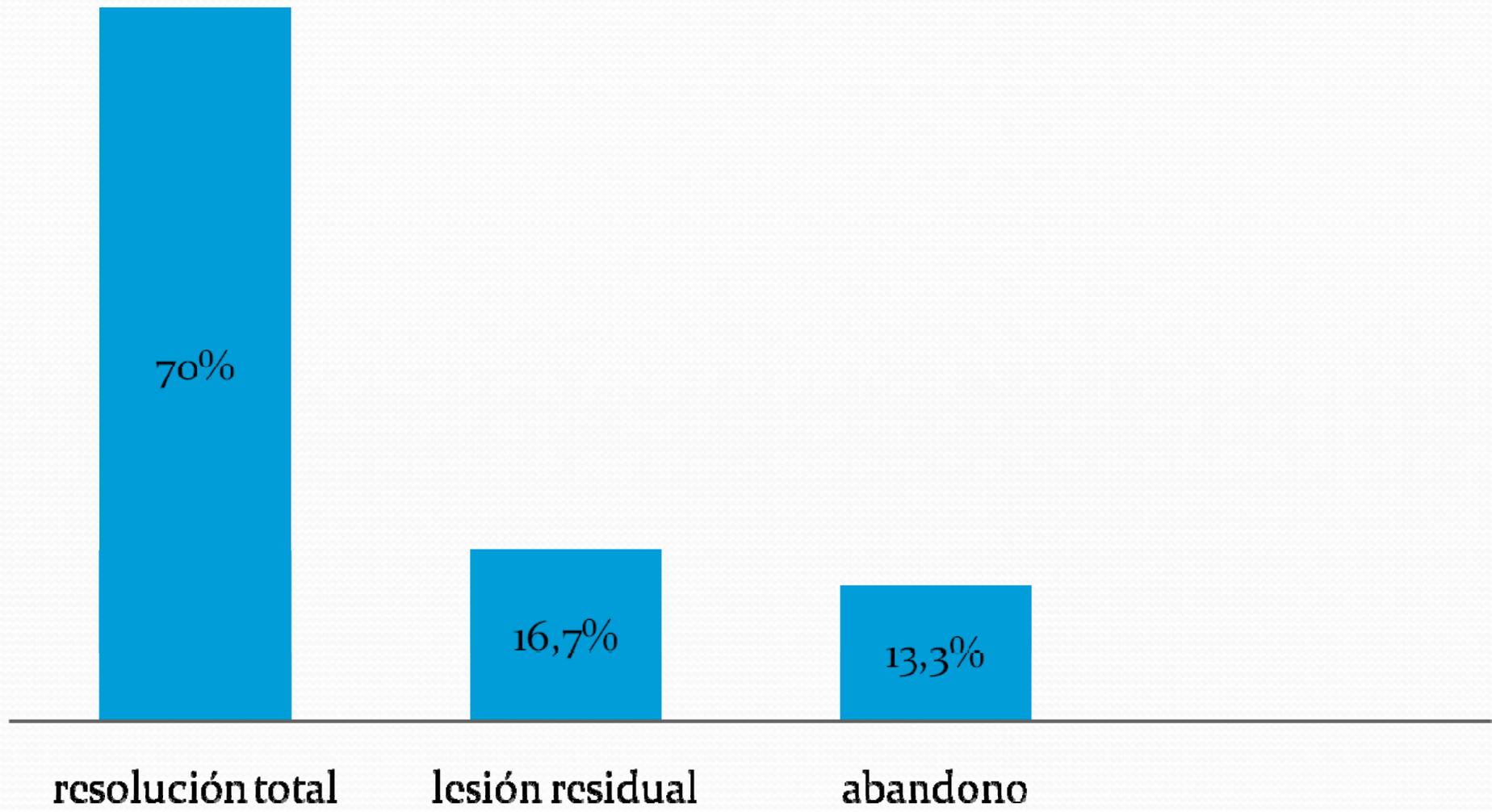




- RESULTADOS.
- Hemos conseguido una tasa de resolución total del 70% (21P), sin objetivar recidivas tras hasta 36 meses de seguimiento. Un 16,7% (5P) refieren lesión residual estable y prefieren abandonar el tratamiento y un 13,3% (4P) abandonan por otros motivos.



RESULTADOS



- En sucesivas revisiones, a 13 P se les aplicó crioterapia con sonda cerrada tras objetivar lesión residual mínima no factible de nueva infiltración con SSH, consiguiendo resolución total en 9 de ellos.
- No se han apreciado efectos adversos y las infiltraciones fueron bien toleradas en general. Tampoco hay relación causa-efecto en los resultados en P tratados o no previamente.
- El mecanismo de por qué es un tratamiento con una alta tasa de resolución está por aclarar. Es posible que el alto poder hidrófilo del SSH consiga desecar el contenido del QMD y, por otro lado, se produzca un daño tisular permanente en las paredes de la cavidad que la llevaría al colapso.



- CONCLUSIONES

- Vistos los resultados, el tratamiento del QMD con infiltraciones de SSH puede ser considerada una opción terapéutica sencilla y muy efectiva en el manejo de dicha patología, comparándolo con el resto de los tratamientos clásicos.

Es importante reseñar la ausencia de efectos secundarios o reacciones adversas, la buena tolerancia por parte del paciente y su bajo coste.

• BIBLIOGRAFIA

- Baran R, Haneke J, Drapé et al: tumours of the nail apparatus and adjacent tissues. Chapter 11. Pg 596-602 in Baran and Dawber's: diseases of the nails and their management. Third edition. Blakwell Science LTD 2001.
- Kleinert HE, Kutz JE, Fishman JH et al: Etiology and treatment of the so-called mucous cyst of the finger. J Bone Joint Surg 1972. 54^a: 1458-1459.
- Newmeyer WL, Kilgore ES, Graham WP: Mucous cyst: the dorsal distal interphalangeal joint ganglion. Plast Reconstr Surg 1974;53:313-315.
- De Berker DAR: treatment of myxoid cyst. J Dermatol Treat 1995;6:55-57
- Epstein E: A simple technique for managing digital mucous cysts. Arch Dermatol 1979;115:1315-1316.
- Audebert C: Treatment of mucoid cyst of the fingers and toes by injection of sclerosant. Dermatol Clin; 1987:179-181.
- Epstein E: Steroid injection of myxoid finger cysts. JAMA 1965;194:98-99.
- Dawber RFR: Myxoid cyst of the finger. Treatment by liquid nitrogen spray cryosurgery. Clin Exp Dermatol 1983; 8: 153-157.
- Huerter CJ, Wheeland RG, Bailin PL et al : Treatment of digital myxoid cysts with carbon dioxide laser vaporization. J Dermatol Surg Oncol 1987; 13: 723-727.
- Fritz RG, Stern PJ, Dickey M: Complications following mucous cyst excision. J Hand Surg 1997;22B:222-225.