

SIGNO DEL GÉISER EN PACIENTE CON LESIÓN DEL MANGUITO ROTADOR

AUTORES: María Embarba Gascón, Javier Oliva Torcal, Alberto San Pedro Murillo, Antonio Torres Campos, Jorge Albareda Albareda

Introducción: El signo del géiser (GS) es una imagen poco frecuente que fue descrita por primera vez por Craig et al. en 1984 tras una artroscopia de hombro en un paciente con un quiste en la articulación acromioclavicular (ACJ) asociada a un desgarramiento del manguito rotador (1). El GS consiste en una acumulación de líquido sinovial que escapa de la rotura del manguito rotador a través de la bursa subacromial y “erupciona” a través de la ACJ con distensión de la cápsula y formación de quistes (2). Pueden clasificarse en tipo 1, si está confinado a la ACJ y presenta ausencia de comunicación con la articulación glenohumeral (GHJ); o tipo 2, si presenta un desgarramiento del manguito rotador que establece comunicación entre la ACJ y la GHJ (2).

Material y metodología: Paciente de 82 años con antecedentes de hiperuricemia, hipertensión arterial y artrosis, que acudió a urgencias por tumoración en hombro izquierdo de 1 año de evolución que había aumentado en los últimos meses. La exploración física era compatible con lesión del manguito rotador.

Resultados y conclusiones: Se realizó en primer lugar radiografía, que mostró elevación de la cabeza humeral como probable insuficiencia del manguito rotador. Se solicitó una ecografía de partes blandas que mostró una lesión de aspecto quístico, parcialmente septada y bien delimitada de unos 21 x 8 x 19 mm de contenido anecogénico y sin señal Doppler en su interior. La lesión se localizaba en el tejido celular subcutáneo, superficial a la articulación acromioclavicular izquierda, con la cual no presentaba clara comunicación, si bien, dados sus antecedentes y la semiología ecográfica de la lesión, sugería como primera posibilidad diagnóstica síndrome del géiser. Presentaba cambios degenerativos en articulación acromioclavicular. Adicionalmente, se solicitó una citología (PAAF), que mostró un material mixoide/gelatinoso sobre el que se identificaron salpicados macrófagos espumosos y grupos de adipocitos bien diferenciados. No se identificó celularidad atípica. Se realizó una resonancia magnética y exéresis de la tumoración, cuya histología confirmó el diagnóstico.



Conclusiones: El tratamiento para el quiste tipo 1 de la ACJ puede incluir la resección de la clavícula distal y la bursectomía subacromial (Kontakis et al., 2007). El tratamiento para el quiste de tipo 2 de la ACJ sigue siendo un tema de controversia. Las opciones de tratamiento para la lesión del manguito rotador subyacente incluyen la resección de la clavícula distal, el lavado artroscópico y la desbridación, la artrodesis de la ACJ, la artroplastia total de hombro, la hemiartroplastia y la artroplastia total inversa de hombro (Feeley et al., 2009) (3).

1. CRAIG, EDWARD V. M.D.*. The Acromioclavicular Joint Cyst: An Unusual Presentation of a Rotator Cuff Tear. Clinical Orthopaedics and Related Research 202(1):p 189-192, January 1986.
2. Oliveira D, Ferreira RM, Gomes CM, Vaz C. Geiser Sign in a patient with rheumatoid arthritis. Clin Rheumatol. 2024 Apr 4. doi: 10.1007/s10067-024-06952-1. Epub ahead of print. PMID: 38573480.
3. Hiller, A.D., Miller, J.D. and Zeller, J.L. (2010), Acromioclavicular joint cyst formation. Clin. Anat., 23: 145-152. <https://doi.org/10.1002/ca.20918>