

Ganglión

Fecha de la última revisión: **25/07/2017**

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo se diagnostica el ganglión?](#)
3. [¿Cómo se trata el ganglión?](#)
4. [Bibliografía](#)
5. [Más en la red](#)
6. [Autor](#)

¿De qué hablamos?

Los gangliones son las tumoraciones benignas más frecuentes de las partes blandas de la mano. Se encuentran con más frecuencia en la muñeca (60-70%) pero pueden afectar prácticamente a cualquier articulación del organismo. Suelen tener de 1 a 2 cm de tamaño, pueden ser simples o multiloculados y formarse de repente o desarrollarse de manera más gradual (Head L, 2015; Meena S, 2014).

Pueden aparecer a cualquier edad, pero son más comunes entre los 20 y los 40 años, con predominio en mujeres. Están formados por un líquido claro y muy viscoso con una alta concentración de ácido hialurónico y otros mucopolisacáridos. En el 10% de ocasiones existe un antecedente traumático por lo que algunos autores los consideran consecuencia de microtraumas repetidos en las estructuras capsulares y ligamentosas de la articulación. En la mayoría de casos no hay una causa concreta y su patogénesis sigue siendo poco clara (Head L, 2015; Meena S, 2014).



Ganglión
Nódulo de pequeño tamaño, superficial, consistencia firme y adherido a planos osteoarticulares

¿Cómo se diagnostica el ganglión?

El diagnóstico es clínico, aunque se precisan pruebas de imagen cuando el diagnóstico no está claro, cuando existe sospecha de quiste oculto o para que el abordaje quirúrgico sea más preciso.

En la mayoría de casos el ganglión es asintomático, aunque en un 19% puede ser doloroso. En menor porcentaje se acompaña de síntomas relacionados con la compresión de estructuras adyacentes, generalmente parestesias (Meena S, 2014). Más que por dolor, los pacientes suelen consultar por estética (38%) y por su preocupación de que sea algo maligno (28%) (Westbrook AP, 2000).

A la exploración suele palparse una tumoración de 1-2 cm lisa, redondeada, de consistencia elástica, firme y sujeta por su unión a la cápsula articular subyacente o a la vaina del tendón (Meena S, 2014).

La ecografía es la prueba de imagen de elección para la confirmación y el diagnóstico diferencial. El ganglión suele aparecer bien delimitado, anecoico con refuerzo acústico posterior y septos muy finos, aunque las presentaciones complejas son muy frecuentes. La RMN se puede indicar cuando la presentación es atípica, el quiste está oculto, hay síntomas neurológicos o en situaciones preoperatorias específicas (Freire V, 2012; Teefey SA, 2008).

La clínica y la ecografía generalmente permiten diferenciarlos de (Higgins JC, 2015; Longhurst WD, 2015):

- Tumor de células gigantes de la vaina del tendón: es el segundo tumor de partes blandas más común de la mano, nódulo de crecimiento lento adyacente a las articulaciones interfalángicas distal y proximal, no transilumina y ecográficamente es sólido.
- Quiste de inclusión epidérmica: nódulo subcutáneo sólido móvil relacionado con traumatismo previo.
- Lipomas: infrecuentes en la mano, más móviles, no transiluminan y ecográficamente sólidos.
- Malformaciones vasculares: blandas, diagnóstico con eco doppler.

¿Cómo se trata el ganglión?

En más de la mitad de los casos el ganglión se resuelve espontáneamente por lo que en principio el manejo debe ser conservador (Dias JJ, 2007).

En caso de persistencia o que produzcan sintomatología relevante, pueden tratarse con: aspiración, cirugía abierta o cirugía laparoscópica.

Existen pocos estudios de calidad que comparen las distintas alternativas terapéuticas entre sí y con la evolución natural. Se necesitan más ensayos y de mejor calidad para estimar mejor el efecto y además comparar complicaciones y recuperación (Head L, 2015).

La evacuación del quiste por punción se practica con una aguja gruesa (calibre 18) tras anestesia local con aguja fina y podría ser la primera opción a pesar de su alta tasa de recurrencias. Tiene la utilidad añadida de ser diagnóstica. En la superficie volar de la muñeca puede lesionarse el paquete neurovascular, especialmente la arteria radial por lo que algunos autores no recomiendan las aspiración de quistes localizados en esta zona; en la dorsal el riesgo mayor es la infección si se hace una infiltración tras la aspiración, por lo que también debe evitarse (Darowish M, 2014).

La extirpación quirúrgica abierta tiene una tasa significativamente menor de recidivas (6%) que la aspiración del contenido del ganglión (21%). En los estudios de mejor calidad la diferencia llega hasta un 76% menos. La escisión artroscópica tiene bajas tasas de recurrencia (6%), pero los datos de los ensayos comparativos son limitados, no ha demostrado una clara superioridad y puede no estar indicada en algunas localizaciones como el área volar de la muñeca (Head L, 2015; Bontempo NA, 2014; Fernandes CH, 2014).

Bibliografía

- Bontempo NA, Weiss AP. Arthroscopic excision of ganglion cysts. Hand Clin. 2014;30(1):71-5. PubMed [PMID: 24286745](#)
- Darowish M, Sharma J. Evaluation and treatment of chronic hand conditions. Med Clin North Am. 2014;98(4):801-15, xii. PubMed [PMID: 24994053](#)
- Dias JJ, Dhukaram V, Kumar P. The natural history of untreated dorsal wrist ganglia and patient reported outcome 6 years after intervention. J Hand Surg Eur Vol. 2007;32(5):502-8. PubMed [PMID:17950209](#)
- Fernandes CH, Miranda CD, Dos Santos JB, Faloppa F. A systematic review of complications and recurrence rate of arthroscopic resection of volar wrist ganglion. Hand Surg. 2014;19(3):475-80. PubMed [PMID: 25288295](#)
- Freire V, Guérini H, Campagna R, Moutounet L, Dumontier C, Feydy A, et al. Imaging of hand and wrist cysts: a clinical approach. AJR Am J Roentgenol. 2012;199(5):W618-28. PubMed [PMID: 23096207](#). [Texto completo](#)
- Head L, Gencarelli JR, Allen M, Boyd KU. Wrist ganglion treatment: systematic review and meta-analysis. J Hand Surg Am. 2015;40(3):546-53.e8. PubMed [PMID: 25708437](#)
- Higgins JC, Maher MH, Douglas MS. Diagnosing Common Benign Skin Tumors. Am Fam Physician. 2015;92(7):601-7. PubMed [PMID: 26447443](#). [Texto completo](#)
- Longhurst WD, Khachemoune A. An unknown mass: the differential diagnosis of digit tumors. Int J Dermatol. 2015;54(11):1214-25. PubMed [PMID: 26235189](#)
- Meena S, Gupta A. Dorsal wrist ganglion: Current review of literature. J Clin Orthop Trauma. 2014;5(2):59-64. PubMed [PMID: 25983472](#). [Texto completo](#)
- Teefey SA, Dahiya N, Middleton WD, Gelberman RH, Boyer MI. Ganglia of the hand and wrist: a sonographic analysis. AJR Am J Roentgenol. 2008;191(3):716-20. PubMed [PMID: 18716098](#). [Texto completo](#)
- Westbrook AP, Stephen AB, Oni J, Davis TR. Ganglia: the patient's perception. J Hand Surg Br. 2000;25(6):566-7. PubMed [PMID: 11106519](#). [Texto completo](#)

Más en la red

- Higgins JC, Maher MH, Douglas MS. Diagnosing Common Benign Skin Tumors. Am Fam Physician. 2015;92(7):601-7. PubMed [PMID: 26447443](#). [Texto completo](#)
- Kouba DJ, LoPiccolo MC, Alam M, Bordeaux JS, Cohen B, Hanke CW, et al. Guidelines for the use of local anesthesia in office-based dermatologic surgery. J Am Acad Dermatol. 2016;74(6):1201-19. PubMed [PMID: 26951939](#). [Texto completo](#)
- Longhurst WD, Khachemoune A. An unknown mass: the differential diagnosis of digit tumors. Int J Dermatol. 2015;54(11):1214-25. PubMed [PMID: 26235189](#)

Autor

▪ Arturo Louro González Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Servicio de Atención Primaria de San José. Servizo Galego de Saúde. A Coruña. España.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

