

QUISTE ÓSEO SIMPLE DE CALCÁNEO

* Freddy González Jemio

** Rafael Villca Bonifacio

RESUMEN

Se realiza el estudio de un paciente con quiste óseo simple de calcáneo, que por su escasa frecuencia de presentación es de gran importancia, aportando al manejo y tratamiento de esta patología con el uso de injerto óseo autólogo. En el presente trabajo se realiza una revisión de la literatura actual y también se demuestra clínicamente y radiológicamente un caso de quiste óseo localizado en la región subtalar del calcáneo el cual ha sido tratado quirúrgicamente mediante curetaje y aplicación de injerto de hueso esponjoso de tibia ipsilateral. Se observa buena evolución.

Palabras clave: Calcáneo, quiste óseo, injerto, hueso esponjoso, médula ósea autóloga.

ABSTRACT

In this article we have done a study about a patient with simple bony cyst of calcaneus because of its great importance and rare frequency of presentation, contributing in this way to the handling and treatment of this pathology with the use of bone implant. We made a revision of current literature and we also demonstrated clinically and radiologically a case of bony cyst located in the region subtalar of the calcaneus which has been treated surgically by means of curettage and application of implant of spongy bone of tibia ipsilateral. A good evolution was observed in this patient.

Key words: calcaneus, bony cyst, implant, spongy bone, bone marrow.

INTRODUCCION

El quiste óseo simple de hueso, es una patología tumoral benigna estudiada por diferentes autores si se considera que la mayor frecuencia de los casos independientemente de su localización, es un hallazgo casual o por fractura patológica. Los síntomas más frecuentes son dolor, tumefacción o rigidez articular si se da cerca de la articulación, aunque en muchas ocasiones no da síntomas y se presenta

como a una fractura patológica, siendo ésta la complicación más frecuente.

Representa un 3% de todas las lesiones primarias del hueso,

Hay múltiples teorías sobre la etiología de esta lesión, ninguna aceptada ampliamente, últimamente se ha propuesto

* Docente Responsable de la especialidad de Traumatología y Ortopedia del Hospital Obrero No.2 CNS Cbba.

** Residente Traumatología y Ortopedia del Hospital Obrero No. 2 CNS Cbba.

Caso Clínico

que la causa del quiste es la obstrucción de la circulación venosa por alguna anomalía del desarrollo, se ha comprobado que la presión intraquística es mayor que la presión de la médula ósea contralateral. En favor de esta teoría está el hecho de que la perforación percutánea y en forma repetida de las lesiones, fue eficaz para disminuir la presión intraquística a un trastorno local del crecimiento o debido a alteraciones vasculares.

Radiográficamente, el quiste óseo simple es una lesión lítica radiolúcida sin margen escleroso con o sin adelgazamiento cortical. Se localiza centralmente, en la metáfisis o diáfisis de un hueso largo. A diferencia del quiste óseo aneurismático, no excede el platillo de crecimiento, siendo la distancia de éste al cartílago de crecimiento variable, estando en función de la edad y la dirección de crecimiento. No hay reacción perióstica a menos que haya ocurrido una fractura, y este hecho lo distingue del quiste óseo aneurismático que siempre tiene algún grado de reacción perióstica.

Existen diversas formas de tratamiento: Curetaje e injerto óseo, inyección con corticosteroides, inyección con médula ósea autóloga, drenaje percutáneo y relleno con sulfato cálcico, perforaciones múltiples para descomprimir la cavidad quística, resección sub total e injerto óseo, apertura del canal medular y la creación de conexiones entre éste y el quiste

Schindel, Komiya⁴ y otros, han demostrado por separado este hecho, con la presencia de prostaglandinas, interleucina 1 (IL-1), enzimas proteolíticas y otras citocinas. Komiya y cols.⁴, demostraron que la remoción del fluido quístico seguido de una hemorragia medular reciente dentro de la cavidad, permite su curación. Connolly y Shindell en 1986, reportaron la curación de las lesiones quísticas con el uso de acetato de metilprednisolona, obteniendo buenos resultados hasta en 90% de los casos, sin embargo, aún no se ha podido determinar la forma del mecanismo de acción de su curación, la cual probablemente se base en una reacción de tejido conectivo fibroblástico con metaplasia osteogénica secundaria .

En el presente caso clínico se realiza el tratamiento con la técnica de curetaje y aplicación de injerto óseo autólogo, preconizado por Broder⁴ como una forma importante de tratamiento en huesos de carga o en lesiones rebeldes al tratamiento con infiltración de esteroides. Toma como

sustento que un injerto óseo autólogo presenta células osteogénicas y osteoprogenitoras con potencial actividad osteoinductora y osteoconductora.

CASO CLINICO

Paciente masculino de 31 años que acude al servicio de urgencias del Hospital Obrero No.2 en septiembre de 2005, con antecedente de haber sufrido torsión de tobillo derecho en inversión forzada. Clínicamente se evidencia tumefacción moderada en cara externa de tobillo, dolor a la digitopresión y a maniobras de movilización. Se solicita Rx de Tobillo (figura 1) donde casualmente se evidencia imagen patológica radiolúcida (lítica) circular de 1,5 por 2 cm en el segmento posterior de calcáneo. La Radiografía axial de calcáneo no nos ayuda a valorar la lesión.

El esguince de tobillo fue tratado con vendaje elástico y medidas generales con una buena evolución.



Figura 1. Rx Tobillo derecho AP y LATERAL

Semanas después solicitamos tomografía de calcáneo (figura 2) donde se evidencia lesión radiolúcida heterogénea con esclerosis periférica sugestiva de tumor óseo con signos topográficos de benignidad.

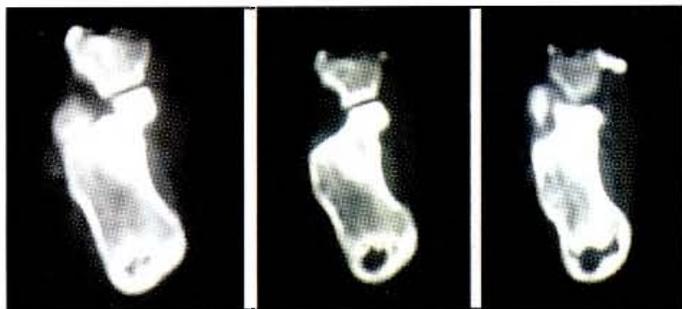


Figura 2. Tomografía de Calcáneo

Las pruebas laboratoriales se encuentran dentro de parámetros normales.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO.

El paciente es intervenido quirúrgicamente en enero de 2006. Con aplicación de isquemia, se realiza abordaje quirúrgico lateral para calcáneo, curetaje óseo de cavidad quística obteniéndose tejido óseo desvitalizado con líquido denso amarillento. Previo lavado exhaustivo de cavidad quística con solución fisiológica, se aplica injerto de hueso esponjoso y medula ósea obtenido de tibia ipsilateral, tercio superior, cara anterointerna (figura 3).

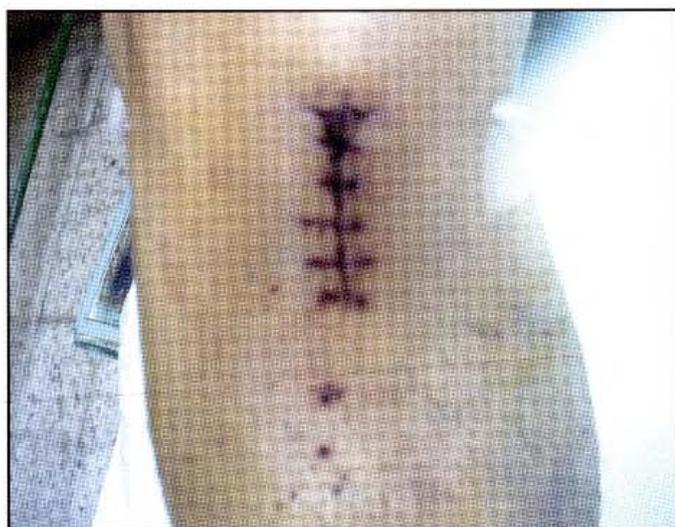


Figura 3. Zona donde se realiza abordaje para toma de injerto óseo

La muestra se envía para estudio histopatológico que reporta presencia de tejido fibroso con infiltrado linfocitario y polimorfonuclear, tejido de granulación, espículas óseas desvitalizadas, cavidades medulares con discreta fibrosis, compatible con un quiste óseo simple.

Es dado de alta al segundo día de post-operado; no se autoriza el apoyo en extremidad inferior afectada. A las 2 semanas de control se retiraron los puntos y se autoriza apoyo.



Figura 4. Rx. de control

A las 6 semanas presenta herida completamente cicatrizada. La Radiografía de control (figura 4) evidencia aumento progresivo de trabeculación en zona quística, signo de buen pronóstico.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Los quistes simples de calcáneo, tienen una incidencia muy baja de presentación. Nuestro estudio coincide con la literatura como la forma de hallazgo incidental.

El tratamiento del quiste óseo mediante curetaje y aplicación de injerto óseo autógeno es una buena alternativa para

Caso Clínico

los huesos de carga como lo es el calcáneo, aunque según la literatura consultada presenta una recurrencia que oscila en un 15%.

La proyección axial de radiografía simple no permite valorar adecuadamente esta lesión. El seguimiento radiológico permitió corroborar los cambios de aumento de la densidad ósea en las radiografías dentro de la lesión lítica y el engrosamiento de la cortical, así como la formación de trabeculaciones internas.

La médula ósea y el hueso esponjoso ofrecen la característica de ser en estos casos un recurso biológico natural, que no dará ningún motivo de inflamación o respuesta inmune como los aloinjertos.

BIBLIOGRAFIA

1. Campbell W.C. "Cirugía Ortopédica" 9na. Edición Madrid 1998 Editorial HARCOURT S.A. Vol. 1 Pág. 686 - 690.
2. Rockwood Y Green's "Fracturas en el adulto". 5ta. Edición Madrid 2003 Ediciones MARBÁN SRL Tomo 1 Pág. 557 - 580.
3. Ramos vertis A.J. "Traumatología y Ortopedia" 2da Edición Buenos Aires 2004. Editorial Atlante S.R.L. Pág. 655 - 657.
4. Schindel y komiya en Revista Mexicana "Cirugía y cirujanos" Vol. 70 No.2 D.F. marzo 2002 Pág. 109 - 115.
5. <http://www.sogacot.org/AOG/V1N1/Articulos/2005>.