

Conferencia de oncología ortopédica

Dr. Jorge E. Navia*; Dr. Gabriel Benitez **; Dr. Edwin Carrascal ***

*Ortopedista y Traumatólogo. Jefe del servicio de Oncología ortopédica. Universidad del Valle. Cali

**Ortopedista visitante, Valencia, Venezuela.

***Profesor del departamento de Patología. Hospital Universitario del Valle.

E.M.C. paciente de 12 años de edad, estudiante con historia de tres meses de evolución de dolor leve, muy ocasional, a nivel del tobillo y pie derecho que se evidencia más cuando practica deporte.

Presenta trauma directo sobre el tobillo derecho cuando jugaba fútbol; la evaluación clínica se orienta hacia un esguince traumático grado II del tobillo derecho, pero en los estudios radiográficos se evidencia una lesión ósea en el calcáneo derecho como hallazgo incidental: es evaluado por el ortopedista de turno quien le coloca una inmovilización blanda en el tobillo derecho, y lo envía a la unidad de oncología ortopédica.

Antecedentes personales: negativos

Antecedentes familiares: padre con carcinoma basocelular en tratamiento.

Exámen físico: 28 días luego del esguince, el evaluarlo presenta edema alrededor del tobillo y del talón derechos, moderada limitación en los movimientos del tobillo, dolor a la palpación del ligamento talo-fibular anterior derecho, y dolor a la palpación del calcáneo en sus caras medial y lateral, la inversión y eversión se encuentran limitadas por dolor.

Laboratorio: todos normales incluyendo la fosfatasa alcalina para la edad del paciente.

Radiografías simples



Figura 1.

Radiografía lateral del calcáneo derecho, que muestra una lesión hipodensa en el centro del calcáneo, con un patrón geográfico de destrucción, no hay esclerosis de los bordes, ni un patrón de calcificación en la lesión.

La escanografía axial del calcáneo muestra una lesión lítica central, en el cuerpo del calcáneo, con adelgazamiento de corticales, esclerosis moderada en la parte anterior de la lesión, no así en la parte posterior; sin embargo el adelgazamiento cortical no muestra ni expansión, ni destrucción en sacabocado de la misma; el interior de la lesión presenta una densidad medida en unidades hounsfield, compatible con líquido.

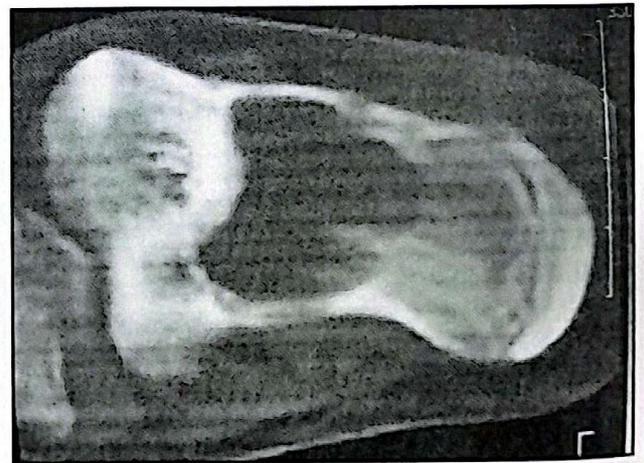


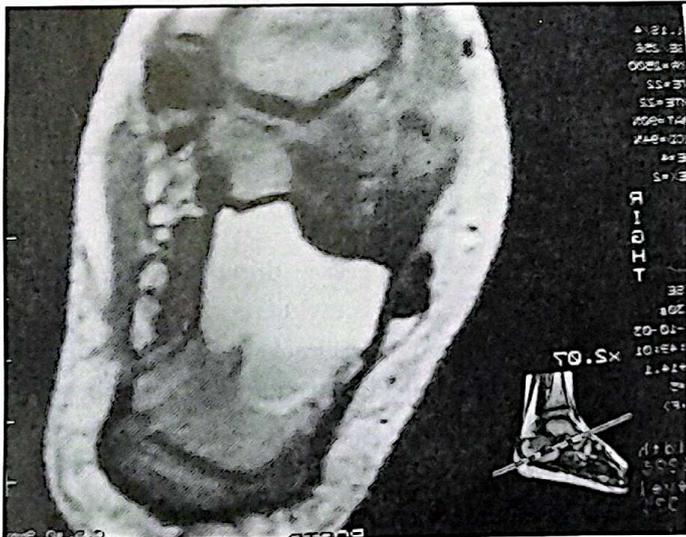
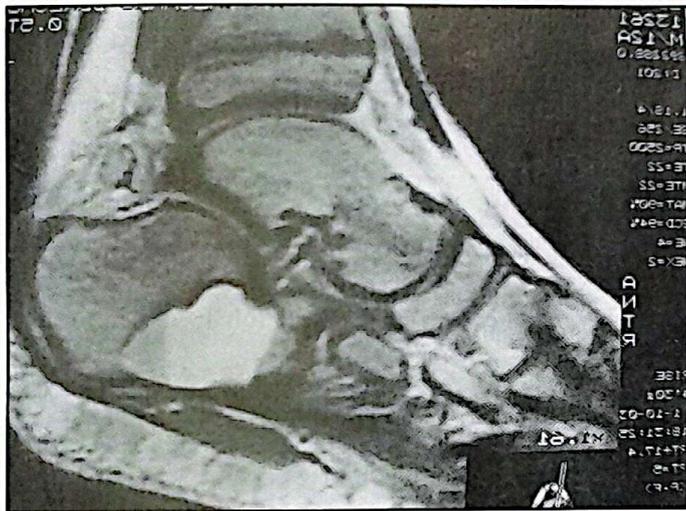
Figura 2. Escanografía del talón.

La resonancia nuclear magnética muestra una lesión cavitaria central en el calcáneo, que compromete todo el cuerpo, y tiene un borde anterior y superior hipointenso en todas las secuencias; existe claramente líquido en la lesión por la hiperintensidad de las secuencias de t2. No se evidencia una masa de tejidos blandos, ni otras alteraciones.

Gamagrafía ósea de faz única, muestra una lesión única en el calcáneo derecho, hipocaptante en el centro, con hipercaptación periférica.

Impresión diagnóstica:

1. Quiste óseo simple
2. Quiste óseo aneurismático
3. Condrioblastoma
4. Ganglión intraóseo.



Figuras 3 y 4. Resonancia nuclear magnética del talón.

El caso se orientó con el diagnóstico diferencial descrito y el paciente fue llevado a cirugía, por tratarse de una lesión muy grande, activa, o sea con probabilidad de crecimiento y mayor destrucción ósea y con el riesgo de producir una fractura patológica del calcáneo. Es decir, se trata definitivamente de una lesión benigna activa.

Se practica un abordaje posterolateral sobre el calcáneo, se expone el borde externo y se abre una ventana amplia en la cortical debilitada; se practica drenaje de abundante lí-

quido de aspecto sinovial y se retira la membrana que recubre esta cavidad; se efectúa un curetaje amplio. Con un fresado suave de las paredes hasta encontrar hueso esponjoso sano y bajo visión directa, se llena el defecto con sustituto óseo osteo-inductor y conductor.

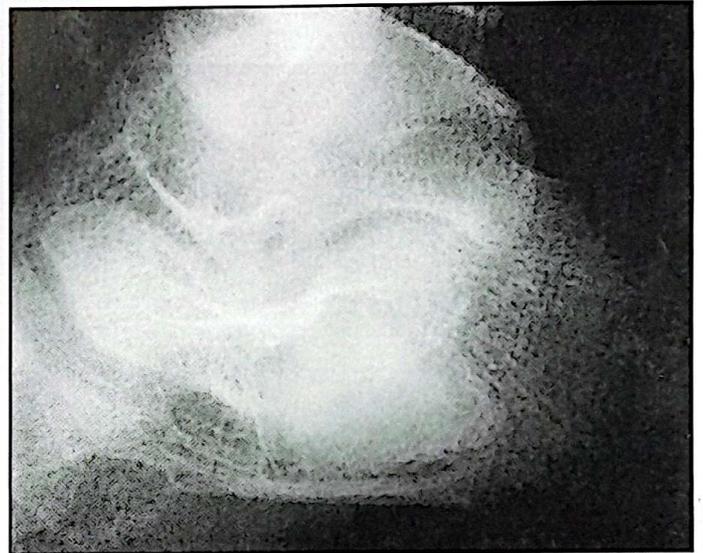
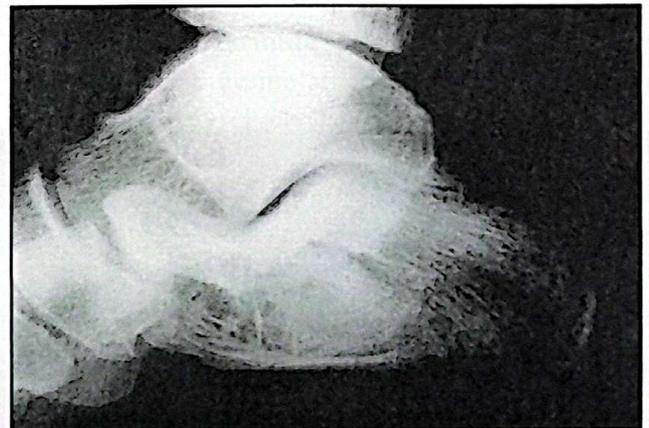


Figura 5. Radiografía lateral: Evolución post quirúrgica a las 8 semanas.



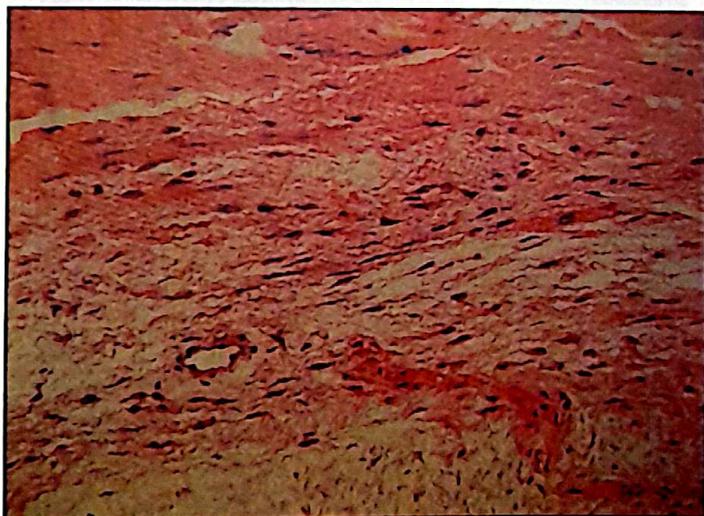
Figuras 6 y 7. Evolución radiográfica a los 3 y 6 meses respectivamente.

Descripción patológica

1. Macroscópica: fragmento tisular aplanado pardo.
2. Microscópica: pared fibrosa, que muestra depósito de cristales de colesterol, con algunas calcificaciones, y escaso tejido óseo intersticial.



Magnificación 10x



magnificación 40x

Diagnostico: quiste sinovial o ganglión intraóseo.
Figuras 7 y 8. Aspecto microscópico de la membrana

Discusión

Esta entidad es indistinguible de un quiste sinovial clásico de los tejidos blandos en ese sentido no puede considerarse como un verdadero tumor óseo; es similar a los quistes subcondrales que se forman asociados a enfermedad articular degenerativa y se localizan en el área subcondral adyacente a una articulación.

La mayoría de estas lesiones son asintomáticas, por ello se encuentran como hallazgo incidental, siendo difícil determinar su verdadera incidencia.

Ocurren con mayor frecuencia en el individuo esqueléticamente maduro y es más rara su presentación en un niño como en este caso; las áreas más frecuentemente afectadas son la cadera, la rodilla, el tobillo, el hombro y la muñeca.

Los síntomas van a depender del tamaño de la lesión; desde asintomáticas hasta dolorosas con la actividad física.

La actividad de la lesión va a depender del tamaño; la mayoría de ellas son menores de 1 centímetro; las mayores de 2 centímetros, son las más activas y destructivas y con mayor tendencia a la recurrencia luego del tratamiento quirúrgico.

El tratamiento cuando está justificado, es quirúrgico y es el curetaje y el relleno de la cavidad con substitutos óseos de rápida incorporación que estimulen y formen tejido óseo de buena calidad y elasticidad, para que sirvan de buen soporte al cartílago y este no sufra el rápido deterioro que sucede cuando se colocan adyacentes a él materiales rígidos sin elasticidad como el metal o el cemento (p.m.m).

En este caso el fresado de las paredes lo usamos de rutina en las lesiones benignas activas con riesgo de tener una recurrencia local, y siempre lo hacemos bajo visión directa.

Bibliografía:

1. Dorfman H., Czerniak B. **Bone tumors**. Mosby 1999
2. Vigorita v.: **Orthopedic pathology**. Lippincott 1999
Sim F, Dalhin DC.: **ganglion cysts of bone**. Mayo clinic proc. 46:484-488/1971