

Quiste óseo aneurismático de la patela: reporte de caso

Dr. Carlos Pereira Betancourt*, Dr. Jesús A. Acosta Morón**

* Ortopedista oncólogo. Docente, Universidad de Cartagena, Clínica Universitaria San Juan de Dios.

** Residente de IV año de ortopedia y traumatología, Universidad de Cartagena.

Correspondencia:

Dr. Carlos Pereira Betancourt

Urbanización Malibú Casa 7 Lote B, Sector Plan Parejo, Turbaco, Colombia.

Cel. 3157514124

carlos-pereira-b@hotmail.com, jacostaortopedia@gmail.com

Fecha de recepción: agosto 7 de 2009

Fecha de aprobación: diciembre 16 de 2009

Resumen

Los tumores en la patela son poco frecuentes. En este trabajo se presenta el caso de un paciente que consultó por dolor en la cara anterior de la rodilla derecha, sensación de masa y limitación a la flexoextensión de la misma. La tomografía axial computada mostró una lesión de aspecto tumoral con septos o tabiques que abarcaba la mayor parte de la rótula.

Palabras clave: rótula, tomografía computarizada, quistes óseos aneurismáticos.

[*Rev Col Or Tra* 2009; 23(4): 226-28]

Abstract

Tumors around the patella are not frequent. We report the case of a patient who consulted by pain in the anterior right knee, with sensation of mass and limitation of flexion and extension. The tomography showed a tumor like mass that extended to almost the entire patella.

Key words: Patella, computed tomography, bone cysts aneurismal.

[*Rev Col Or Tra* 2009; 23(4): 226-28]

Introducción

Los tumores benignos de la rótula o patela son muy poco frecuentes; el diagnóstico diferencial incluye los tumores primarios malignos y las manifestaciones óseas de los desórdenes metabólicos (1, 2, 3). El quiste óseo aneurismático (QOA) se presenta principalmente en niños mayores y adolescentes con antecedentes de trauma en la mayoría de los casos. La relación hombre mujer es de 1:1 y la localización más frecuente es la metafisis de los huesos largos (fémur y tibia) (4, 5, 6). Se han descrito dos presentaciones clínicas: lesiones intraóseas que pocas veces se relacionan con trauma y lesiones extraóseas que siempre se relacionan con trauma. El 76% de los pacientes con QOA son menores de 20 años (1). La aparición de esta patología en la patela se asocia frecuentemente con la presencia de condroblastoma. Dentro de los diagnósticos diferenciales deben incluirse el condroblastoma epifisiario y

el tumor de células gigantes. Su transformación maligna es rara (5, 7, 8, 9).

Reporte de caso

Hombre de 27 años de edad, procedente de área rural, ocupación agricultor, que consulta por dolor en la cara anterior de la rodilla derecha y limitación a la flexoextensión de la misma. Al examen físico se encuentra atrofia leve del cuádriceps femoral derecho, hipersensibilidad a la palpación de la cara anterior de la rótula, con flexión de 110° grados y extensión total dolorosa; no se evidencia roce patelofemoral y las pruebas de inestabilidad ligamentarias resultan negativas. Las radiografías AP y lateral de la rodilla derecha muestran una imagen osteolítica que compromete el cuerpo de la rótula (figura 1).



Figura 1. Radiografía de la rodilla derecha que evidencia una lesión osteolítica que abarca la parte central de la rótula con compromiso cortical anterior.

En la evaluación con exámenes paraclínicos no se evidencian alteraciones que sugieran alguna asociación con alteraciones locales o sistémicas. La tomografía axial computada de la rodilla derecha muestra una lesión de aspecto tumoral que ocupa espacio, con septos o tabiques, que abarca la parte central de la rótula sin compromiso de la cortical ni reacción perióstica (figura 2).

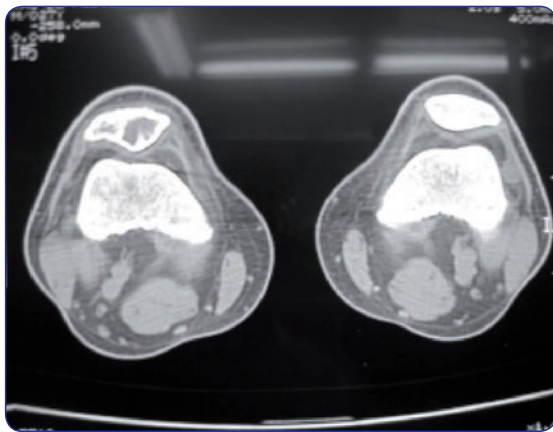


Figura 2. Tomografía que muestra una lesión hipodensa, con septos, que abarca la mayor parte de la rótula derecha, sin compromiso de la cortical ni reacción perióstica.

Se decide realizar manejo quirúrgico. Por las características de la lesión, se programa a resección de la masa tumoral y aplicación de injerto óseo. Debido a la localización de la lesión y a la presencia de corticales, no se consideró necesaria la protección con osteosíntesis.

Durante la cirugía, se aplicó torniquete a 300 mm Hg, se realizó una incisión longitudinal de 6 cm en la cara anterior de la rodilla, se realizó curetaje óseo obteniendo tejido de aspecto membranoso y color pardo oscuro en las paredes del quiste. Posteriormente, se fresó a alta velocidad con Midas Rex®, se aplicó fenol, electrocoagulación y relleno del defecto óseo con sustituto óseo tipo Norian SRS® (figura 3).



Figura 3. Inyección intralesional de sustituto óseo.

El análisis patológico reportó una lesión quística constituida por septos de tejido conectivo que contiene fibroblastos, células gigantes de tipo osteoclasto y hemosiderófagos. No se observó evidencia de malignidad en la muestra. Con este resultado, se hizo el diagnóstico de quiste óseo aneurismático de la rótula derecha.

El paciente tuvo una buena evolución posoperatoria, sin sintomatología dolorosa. El paciente se dio de alta con un esquema de rehabilitación ambulatoria y seguimiento por consulta externa de ortopedia oncológica en la institución. A los 5 meses de evolución, se encuentra integración del sustituto óseo sin complicaciones.

Discusión

El quiste aneurismático de patela, considerado como una lesión pseudotumoral que se maneja como un tumor, corresponde al 1% de los tumores de la patela y se presenta principalmente en niños mayores y adolescentes; se ha sugerido que es más común entre personas de ascendencia africana (10). Su cuadro clínico se caracteriza por dolor, masa y edema. Radiológicamente, se describe como una lesión céntrica o excéntrica, expansiva y multiquística, con zonas y bordes escleróticos. La tomografía y la resonancia indican la

presencia de niveles de líquidos en las cavidades quísticas y sus contornos (1, 2, 6, 8, 11, 12). Los hallazgos histológicos del quiste óseo aneurismático incluyen un tejido hemorrágico con espacios cavernosos alrededor de los cuales puede haber tejido fibroblástico, células gigantes multinucleadas y fragmentos pequeños de hueso. Los espacios cavernosos tienen una cubierta de células del mesénquima comprimidas. La biopsia idealmente se debe realizar abierta para obtener material de las paredes de la lesión en el mismo acto operatorio o antes si existe duda diagnóstica.

El tratamiento del quiste óseo aneurismático incluye el curetaje de alta velocidad y relleno con injerto óseo, sustitutos óseos o cemento óseo. En este caso se utilizó sustituto óseo en pasta por su facilidad de relleno y, a pesar de que la integración es un poco más prolongada, el tipo de estructura tolera más la tensión. En huesos tan pequeños el cemento óseo predispone a la necrosis avascular, por lo cual no es la elección en estos casos. El uso de material de osteosíntesis depende de la valoración pre e intraoperatoria del riesgo de fractura patológica, según el remanente óseo del segmento comprometido. La aplicación de adyuvantes locales como la congelación con nitrógeno líquido y la aplicación de fenol o alcohol absoluto aumenta el margen intralesional. La proporción de recaída local es alta (39 al 59%) con el curetaje simple y las repeticiones múltiples pueden amenazar al platillo de crecimiento adyacente o superficie de la articulación, haciendo necesaria una resección más extensa en el futuro. En las presentaciones de difícil abordaje, la embolización selectiva permanente y la

radioterapia son opciones de tratamiento; esta última puede degenerar el tejido a un osteosarcoma telangiectásico.

Referencias bibliográficas

1. Bueso M. Quiste óseo aneurismático de patela. Informe de un caso. *Rev Med Hond* 2004; 72: 139-41.
2. Erkilic S, Qezsarac CS, Guezelbey A, Sari I. Giant cell tumor of patella. A case report. *Hokkaido J Orthop Traumatol* 2000; 42(1): 63-6.
3. Obrebski M, Ucieklak J, Wysocki M. Giant cell tumor of the patella. *Chir Narzadow Ruchu Ortop Pol* 1998; 63(6): 607-9.
4. Hahn SH, Yang BK, Kim CH, An TW, Park DH. Chondroblastoma of the patella: a case report. *J Korean Orthop Assoc* 1997; 32(3): 662-6.
5. Kransdorf, Mark J, Moser RP Jr, Vinh TN, Aoki J, Callaghan JJ. Primary tumors of the patella. *Skeletal Radiol* 1989; 18(5): 1432-2161.
6. Singh AD, Scudder IB. Multiple osteogenic sarcomas. *J Bone Joint Surg Br* 1965; 47(3): 542-7.
7. Gudi N, Venkatesh Reddy VR, Chidanand K. Chondroblastoma patella presenting as a pathological fracture. *Indian J Orthop* 2008; 42: 100-1.
8. Wilson JS, Genant HK, Carlsson A, Murray WR. Patellar giant cell tumor. *AJR Am J Roentgenol* 1976; 127(5): 856-8.
9. Al Baz O, Narvekar SV. Giant cell tumor of the patella: a case report. *Ann Saudi Med* 1994; 14(5): 424-5.
10. Oh JH, Kim HH, Gong HS, Lee SL, Kim JY, Kim WS. Primary aneurysmal bone cyst of the patella: a case report. *J Orthop Surg (Hong Kong)* 2007; 15(2): 234-7.
11. Linscheid RL, Dahlin DC. Unusual lesions of the patella. *J Bone Joint Surg Am* 1966; 48: 1359-66.
12. Shin'ichi K, Masakado N, Ken K, Takeo S, Takashi Y. A giant cell tumor of the patella with a pathologic fracture: a case report. *Central Japan J Orthop Surg Traumatol* 2006; 49(6): 1027-8.