

QUISTE ÓSEO SIMPLE CON FRACTURA PATOLÓGICA EN NIÑO: SEGUIMIENTO A CUATRO AÑOS

Roger Santa Cruz-Polo^{1,a}, Hugo Mosqueira-Izquierdo^{1,a}, Jorge Fernández-Mogollón^{2,b}

RESUMEN

El quiste óseo simple es una patología benigna que se manifiesta por una cavidad llena de líquido claro. Puede localizarse más frecuentemente en húmero, fémur, tibia y menos frecuentemente en calcáneo y mandíbula. Se presenta el caso de un varón de 8 años de edad, que acudió a consulta por presentar dolor leve en región de cadera izquierda (2013). En la radiografía se descubre una imagen central radiolúcida en fémur proximal izquierdo, en zona trocantérica. Después de 3 días se encontró fractura de cadera trocantérica. En sala de operaciones se realizó curetaje en la zona quística. Se colocó injerto óseo y se fijó la zona de fractura con dos clavos Rush evitando tener contacto con el cartilago de crecimiento. Se colocó yeso pelvipedio. Último control en el 2017, donde se observó que el paciente no tuvo alteraciones de crecimiento y realiza actividad física y locomoción con normalidad en la actualidad.

Palabras clave: Quiste óseo simple, Quiste óseo solitario, Quiste esencial. (Fuente: DeCS- BIREME).

SINGLE BONE CYST WITH PATHOLOGICAL FRACTURE IN CHILD: FOLLOW UP TO FOUR YEARS

ABSTRACT

The simple bony cyst is a benign pathology manifested by a cavity filled with clear fluid. It can be located more frequently in the humerus, femur, tibia and less frequently in the calcaneus and jaw. We present the case of an 8-year-old male who came to the clinic for presenting mild pain in the left hip region (2013). The radiograph shows a radiolucent central image in the left proximal femur, in the trochanteric area. After 3 days, a trochanteric hip fracture was found. In the operating room, curettage was performed in the cystic area. Bone graft was placed and the fracture area was fixed with two Rush nails avoiding contact with the growth cartilage. Plaster pelvi pedio was placed. Last control in 2017, where it was observed that the patient did not have growth alterations and performs physical activity and locomotion with normality at present.

Keywords: Simple bone cyst, Solitary bone cyst, Essential cyst. (Source: MeSH-NLM).

INTRODUCCIÓN

El quiste óseo simple (QOS) es una patología benigna característica de un órgano en crecimiento, que más frecuentemente se presente en varones que mujeres. De preferencia se instala en las dos primeras décadas de vida^(1,2).

Se considera que es una cavidad llena de líquido claro compuesto por un trasudado rico en interleucinas y radicales libres. Sin embargo, si se ha producido una fractura a nivel del quiste, su contenido se vuelve sanguinolento⁽²⁾.

Puede localizarse más frecuentemente en húmero, fémur, tibia y menos frecuentemente en calcáneo y mandíbula. El diagnóstico suele ser incidental o a partir de una fractura patológica.

La etiología es poco clara, pero aun así, se acepta la teoría de que ocurre tras un traumatismo en la cual una resolución o lisis defectuosa de la hemorragia intramedular acaba en la formación de una cavidad ósea vacía⁽³⁾.

El tratamiento incluye desde medidas conservadoras, infiltración de corticoides vía percutánea y curetaje con injerto óseo.

REPORTE DE CASO

Paciente varón de 8 años de edad, procedente del distrito de Chiclayo, que acudió a consulta externa particular por presentar dolor leve en región de cadera izquierda (año 2013). No refiere antecedente de traumatismos.

Al examen físico no se encontraron hallazgos físicos de importancia. Se solicitó radiografía de pelvis y se descubre una imagen central radiolúcida en fémur proximal izquierdo, en zona trocantérica, de aspecto geográfico, de diámetro longitudinal mayor que el trasversal, que adelgaza la cortical e incluso puede insuflarla, y sin contacto con el cartilago de crecimiento. (Ver Figura 1)

¹ Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. EsSalud. Chiclayo, Perú.

² Universidad San Martín de Porres, Chiclayo, Perú.

^a Médico Traumatólogo.

^b Médico Epidemiólogo.

Después de tres días, mientras el paciente realizaba actividad cotidiana, presenta dolor intenso en cadera izquierda y limitación funcional de miembro inferior izquierdo. Se diagnosticó fractura de cadera en zona trocantérica, por lo que se programó para intervención quirúrgica de emergencia.

Se procedió en el intraoperatorio se abordó la zona de fractura; se realiza curetaje en la zona quística obteniendo líquido y un tejido fibro membranoso escaso, con uso de electrobisturí y cauterización. Se colocó injerto óseo y se procede a fijar la zona de fractura con dos clavos Rush evitando tener contacto con el cartílago de crecimiento. Se evidencia estabilidad de la fractura.

Se colocó yeso pelvi pedio; paciente tolera el acto operatorio. El post operatorio transcurrió sin incidentes de importancia con controles radiográficos al mes y a los tres meses, evidenciándose en este control una incorporación de injerto óseo e inicio de la sedestación y a los cuatro meses, la bipedestación.

Además se le realizó control por consultorio externo un año después de la cirugía, manteniendo la movilidad de la cadera sin alteraciones. A los 2 y 3 años de control, paciente refiere realizar sus actividades con normalidad.

Último control fue realizado en el 2017, cuatro años después, donde se puede observar que el paciente no tuvo alteraciones de crecimiento y realiza actividad física y locomoción con normalidad en la actualidad (Ver Figuras 2 y 3)



Figura 1. Radiografía de cadera que muestra imagen radiolúcida (quiste óseo simple) en región trocantérica izquierda. Enero 2013.

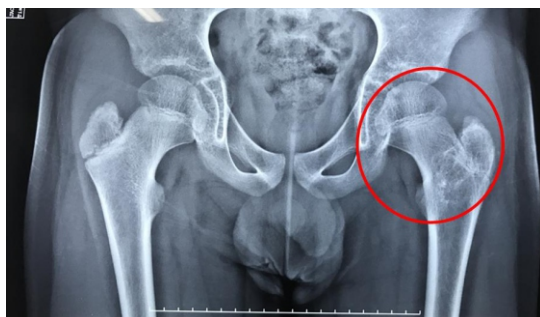


Figura 2. Radiografía de cadera del mismo paciente en el seguimiento post operatorio a cuatro años. Ausencia de quiste y presencia de consolidación ósea. Mayo 2017.



Figura 3. Paciente en control y seguimiento a los cuatro años de post operatorio por quiste óseo simple. Presentó marcha sin dificultad y no manifestó dolor en cadera al hacer diferentes movimientos.

DISCUSIÓN

El tratamiento del QOS es diverso. Esta patología es recidivante con cualquiera de los métodos terapéuticos empleados, motivo por el cual una agresividad leve o mínima en el abordaje quirúrgico es importante por la posibilidad de procedimientos posteriores.

Las pruebas disponibles son insuficientes para determinar los efectos relativos de las inyecciones de médula ósea versus de esteroides, aunque las inyecciones de médula ósea son más invasivas. Es interesante destacar que la tasa de curación del quiste óseo según la evaluación radiográfica a los dos años estuvo muy por debajo del 50% para ambas intervenciones. En términos generales, hay una falta de pruebas para determinar el mejor método de tratamiento de los quistes óseos simples de huesos largos en niños. Se necesitan más ensayos clínicos aleatorizados de tamaño y calidad suficientes para guiar la práctica clínica⁽⁴⁾.

Muchos estudios muestran la mejora clínica con el curetaje y relleno con injerto y también el uso de metilprednisolona en infiltración. Sin embargo hay nuevas técnicas menos invasivas como la endoscopía ósea, que también se presentan como una alternativa para el cirujano^(5,6).

El abordaje terapéutico tiene como finalidad poder resolver o minimizar la presencia del quiste, sin embargo eso cambia ante la presencia de una fractura patológica que obligue a restaurar la estructura ósea dañada.

No se han encontrado mucha información al respecto de cuál sería el mejor abordaje terapéutico en fracturas patológicas en huesos largos donde dificulte la conservación del cartílago de crecimiento, pues podría provocar crecimiento alterado de la estructura ósea o una probable dificultad en la movilización del miembro.

De ahí la importancia de poder mantener conservado el cartílago de crecimiento cuando aparecen estas entidades en menores de edad en fase de desarrollo corporal. Así, es importante precisar que el cartílago de crecimiento debe mantenerse intacto en el abordaje quirúrgico por la fractura patológica. En el presente caso reportado, se colocó dos clavos que no atravesaron el cartílago de crecimiento del fémur izquierdo.

Muchos de los estudios presentados para el tratamiento del QOS, tienen seguimiento de entre 1 a 3 años, pero no se ha encontrado uno de 4 años.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Conway WF, Hayes CW. Miscellaneous lesions of bone. *Radiol Clin North Am* 2003;31:339-57.
2. Del Pino JM, Sanchis V, Gascó J, Gomar F. Quiste óseo esencial. Resultados del tratamiento mediante inyección intracavitaria de corticoides. *Rev Esp Cir Osteoart* 2002;27:15-21
3. Watanabe PCA, Nader HA, López Labdessa LMP. Quiste óseo traumático. Técnicas diagnósticas. *Rev Fac Odont Univ Ant* 2000; 12 (1): 16-19
4. Zhao J, Ding N, Huang W, Wang J, Shang J, Zhang P. Interventions for treating simple bone cysts in the long bones of children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 9. Art. No.: CD010847. DOI: 10.1002/14651858.CD010847.pub2
5. Krauthamer J. Tratamiento del quiste óseo simple con curetaje y relleno asistidos por endoscopia ósea. *Artroscopia* 2002; 9 (2) : 64-71
6. Cuenca J, Herrera A, Gil J, Martínez A, Bregante J. El quiste óseo esencial en la infancia. Estudio retrospectivo de 15 casos y revisión de la literatura. *Cir Pediatr* 2002; 15: 68-72

Revisión de pares: Recibido: 22/12/17 Aceptado: 28/12/17