

Quiste óseo aneurismático de Patela

Informe de un caso

Patella aneurismal bone cyst Case presentation

Manuel Bueso*

RESUMEN. Informamos el caso de un paciente masculino de 15 años que ingresó por Sala de Emergencia de Ortopedia en el Hospital Escuela con historia de dolor, edema y limitación funcional en la rodilla izquierda. Radiológicamente presentaba megapatela.

Palabras clave: *Quistes óseos. Rótula.*

ABSTRACT. We report a case of a male patient 15 years old who arrived to the Orthopedic Emergency at the Hospital Escuela with history of pain, swelling and functional limitation of the left knee. The radiological image reported a megapatelle.

Keywords: *Bone cyst. Patella.*

INTRODUCCION

El quiste óseo aneurismático (QOA), es una neoplasia benigna del esqueleto axial que se presenta con mayor frecuencia a nivel de la metáfisis de huesos largos.^{1,2} Su ubicación en la patela es extremadamente rara. En la literatura se encuentra muy poca información sobre su localización en esta zona.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 15 años de edad procedente de Yoro, con historia de 3 meses de presentar dolor y aumento de volumen en rodilla izquierda. Sin antecedente de trauma. Además cursaba con limitación funcional para la flexión total de la rodilla, motivo por el cual asistió a la Sala de Emergencia de Ortopedia del Hospital Escuela. Se detectó en rodilla izquierda, derrame articular, dolor a la palpación y limitación en 10 grados para la flexión. No se encontró inestabilidad, ni evidencia de proceso infeccioso acompañante. Radiológicamente en las proyecciones anteroposterior y lateral, se observó aumento del tamaño de la patela con adelgazamiento de corticales, presencia de esclerosis e imágenes múltiples cavidades en la zona esponjosa del hueso (Figuras No. 1 y 2).

Sus estudios de hemograma y química sanguínea fueron normales. Por lo anterior se decidió realizar biopsia a cielo abierto con abordaje mínimo, la cual reportó en doble lectura QOA.

Ya con el diagnóstico se decidió el plan de realizar palectonomía total y plastia del cuádriceps (Técnica de Codivilla)³, (Figuras No. 3 y 4).

La muestra de la patela y tejido circundante fue enviado a Anatomía Patológica donde se confirmó el diagnóstico de QOA.

* Especialista Ortopedia y Traumatología. Hospital Escuela.
Dirigir correspondencia a: Dr. Manuel Bueso. Trauma Centro, Barrio La Granja, Comayagüela, Honduras.



Figura No. 1. Imágen de la rodilla del paciente aumentada de volumen a expensas de la patela.



Figuras No. 2 y 3. Imágenes radiológicas del tumor, abombamiento de corticales.

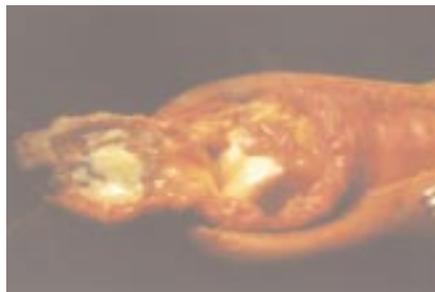


Figura No. 4. Resección de patela con el tumor.



Figura No. 5. Plastía de Rodilla.

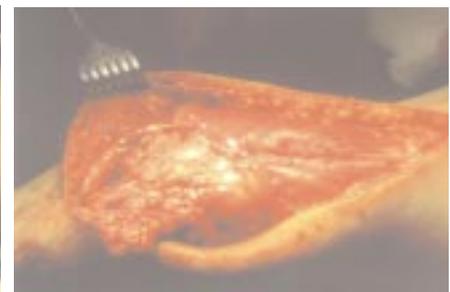


Figura No. 6. Plastía concluida.

DISCUSIÓN

El QOA se presenta principalmente en niños mayores y adolescentes con antecedentes de trauma en la mayoría de los casos. Su cuadro clínico se caracteriza por dolor y edema.^{1,4}

Radiológicamente se describe como una lesión excéntrica expansiva y multiquística con zonas y bordes escleróticos.⁵ La TAC y La RM indican más que todo la presencia de niveles de líquidos en las cavidades quísticas.^{6,7} 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 QOA aparecen en pacientes menores de 20 años. La relación hombre: mujer es de 1:1 y la localización más frecuente es la metáfisis de huesos largos (fémur y tibia).^{4,8} Su aparición en patela es frecuentemente asociada con la presencia de condroblastoma⁵ Aunque esta localización (patela) es extremadamente rara. Su transformación maligna es rara.⁹ Histopatológicamente, al corte se obser-

va múltiples espacios rellenos de sangre con células indiferenciadas que reacciona negativamente a los marcadores endoteliales, además se observó presencia de fibroblastos y hueso plexiforme.^{1,10}

El tratamiento propuesto fue escisión quirúrgica, legrado óseo, relleno de injerto óseo.

CONCLUSIÓN

El quiste óseo aneurismático a nivel de patela es una patología rara. Es este caso se tomó información general del QOA para diagnóstico y tratamiento logrando buen resultado ya que el paciente se encuentra asintomático y con buena movilidad de rodilla.

Agradecimiento: Se agradece la colaboración técnica de los doctores Virgilio Cardona y Nicolás Handy de los Departamentos de Patología y Ortopedia del Hospital Escuela, respectivamente.

REFERENCIAS

1. Aho HJ, Aho J, Pellieneimi LJ, Ekfors T, Foidart JM. Endotelium in aneurismal bone cyst. *Histopathology* 1985; 9:381-397.
2. Frenchner RE, Mills SE. *Tumors of the Bones and Joints*. Washington DC: Armed Forces Institute of Pathology 1993, 181-184, 253-258.
3. Siwev KW, Roo JP. Rupture of the extension mechanism of the knee joint. *J Bone Joint Surg* 1981;63A: 932-937.
4. Bieseiken JL, Marcove PC, Huvos AG, Mike X. Aneurismal bone cysts: A clinicopathologic study of 66 cases. *Cancer* 1970; 26: 615-625.
5. Thebse R, Rotten, Pisot V. Chondroblastoma of the patella associated with an aneurismal bone cyst. *Acta Orthop Belg* 2001; 67 (3): 290-6.
6. Hudson TM. *Radiologic-Pathologic Correlation of Musculoskeletal Lesions*. Baltimore: William and Wilkins. 1987; pp 261-265.
7. Betran J, Simon DC, Levy M, Heiman L, Weish L, Mueller CE. Aneurysmal bone cysts: MR Imaging at 1.5. *Radiology* 1986; 158: 689-690.
8. Moore TE, King AR, Travis RE, Allen BC, post traumatic cysts and cyst like lesions of bone. *Skeletal Radiol* 1989; 18: 93-97.
9. Kansdorf MJ, Sweet DE. Aneurysmal bone cyst concept, controversy clinical presentation and imaging. *Am J Roentgenol* 1995; 164: 573-580.
10. Ailes Ju, Schultz A. Immunohistochemical Markers and Ultrastructure of Primary Aneurysmal bone cysts. *Hum Pathol* 1986; 17: 39-45.

NO HAY MEJOR AGUIJÓN QUE LA NECESIDAD.

HOMERO