

Quiste óseo aneurismático de astrágalo. Discusión sobre su técnica quirúrgica

Dr. CRISTIAN ROBLES*

Objetivo de la presentación

Se discute el tratamiento de una lesión quística del astrágalo, en referencia a la técnica quirúrgica empleada.

Se discuten las vías de abordaje para las lesiones del astrágalo.

Se presenta la resolución del mismo y su evolución postoperatoria.

Resumen del caso

—Antecedentes: Paciente de 19 años, con antecedentes de dolor en el tobillo, de inicio progresivo, sin antecedentes traumáticos. Fue tratada durante un año con AINE y fisioterapia, con discreta mejoría.

—Observación: No presenta edema, deformidades ni signos inflamatorios.

—Palpación: Presenta discreto dolor en la cara externa del tobillo, sobre el borde posterior de la articulación peroneoastragalina.

—Movilidad: Disminuida; escasos grados a la extensión.

—Marcha: Normal.

Estudios complementarios

—Laboratorio: Normal.

—Radiografías simples: Imagen lítica en astrágalo.

—Centellograma con Tc99: Aumento de captación en cuerpo de astrágalo.

—Resonancia magnética: Imágenes de alteraciones estructurales en cuerpo de astrágalo, con contenido líquido (Figuras 1 y 2).

—Punción biopsia: Quiste óseo aneurismático de astrágalo.

—Plan de tratamiento: Quirúrgico.

DISCUSIÓN

Moderador: Dr. CARLOS DI STEFANO

Moderador: De acuerdo con lo presentado hasta el momento, estamos ante un caso de quiste óseo aneurismático, luego de la evaluación por imágenes donde nos da la certeza del diagnóstico. Por lo tanto, lo que sigue es evaluar el tratamiento en dos aspectos: la técnica quirúrgica a decidir y el tratamiento de la lesión en sí misma.

¿Hay alguien que quiera dar su opinión?

Dr. Caputo (Buenos Aires): En primer lugar abordaría el astrágalo.

Moderador. O sea que en primera instancia el tratamiento sería quirúrgico; la idea es olvidar la articulación del tobillo o dar por perdida a ésta. ¿Trataría de hacer algún tipo de artrodesis?

Dr. Caputo: No pensaría en una artrodesis.

Moderador: Entonces, se entiende que pensaría en algún tipo de tratamiento quirúrgico que contemple la conservación de la articulación del tobillo.

Dr. Pawels (Buenos Aires): Para conservar la articulación del tobillo haría una osteotomía en ojalillo del maléolo medial y haría un curetaje con relleno de la lesión.

Moderador: ¿Hay algún aporte de Córdoba, Rosario o Mendoza?

Dr. S. Glikstein (Rosario): La lesión del quiste presentado parece bastante importante. Comparando este caso con lo que sucede en la necrosis del astrágalo, y en éstas con lesiones no tan importantes como parece tener, la tratamos por cirugía artroscó-

* División Ortopedia y Traumatología, Hospital General de Agudos "Teodoro Alvarez", Buenos Aires.

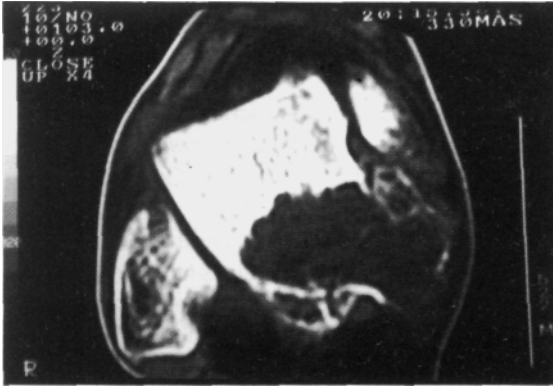


Figura 1



Figura 2

Figs. 1 y 2. Tomografía axial computada de astrágalo. Se observan alteraciones estructurales del mismo. Presencia de tejido tumoral comprometiendo la región posterior e invasión de estructuras vecinas.

pica. Es decir, *un* método tal que permita hacer toda la limpieza del quiste óseo aneurismático, la total resección y luego el relleno con injerto. Creo que es una posibilidad interesante la cirugía artroscópica, sobre todo por lo que representa la poca agresión quirúrgica en comparación con la osteotomía maleolar.

Pienso que puede hacerse la conservación del astrágalo, con la resección del quiste mediante este método y luego rellenar con tejido óseo.

Moderador: Tenemos entonces una lesión quística del astrágalo con una propuesta de abordaje a través de una osteotomía y su relleno con injerto. ¿Hay alguna otra postura?

Dr. L. Donzís (Buenos Aires): Creo que la lesión es sumamente importante como para destruir más de los dos tercios del cuerpo astragalino y no creo que una resección, curetaje y relleno sean suficientes para dejar un tobillo útil.

Creo que hay que realizar una artrodesis primaria, según la experiencia que tenemos en lesiones graves con necrosis del astrágalo, siendo ésta la mejor solución que se le puede dar.

Moderador: Recapitulando, tenemos dos posturas: una mayoritaria: la de tratar de conservar el tobillo, abordando con una osteotomía tibial y la otra menos conservadora plantea una artrodesis primaria de tobillo.

Dr. G. Arendar (Buenos Aires): Siguiendo la postura que tenemos para tratar los quistes óseos aneurismáticos, habría que estudiar la posibilidad de realizar una embolización arterial previo a una arteriografía, ya que siendo una paciente de 19 años y de acuerdo con el planteo quirúrgico que realizamos, le dejaríamos una secuela muy importante.

No es que crea que, por la extensión, a lo mejor podemos hacerlo, pero puede ser un gesto previo que puede ayudarnos a disminuir el tamaño y podría salvar gran parte de la articulación del tobillo.

Moderador: Tenemos una nueva postura; hasta ahora era una cirugía por vía artroscópica; una osteotomía tibial; otra por tratamiento incruento a través de embolización y una última por artrodesis conservadora de tobillo.

Dr. M. Rodríguez Sammartino (Buenos Aires): Con la experiencia que poseemos en el tratamiento de quistes óseos aneurismáticos y tumor a células gigantes con relleno de cemento, somos un poco más optimistas con respecto a este caso. No le haríamos una artrodesis, ni pensamos que va a tener una secuela muy importante, si se le extirpa correctamente, se le hace curetaje, relleno con injerto óseo, y si no resulta sería con cemento.

Hace unas sesiones científicas mi hijo, Guillermo

Rodríguez Sammartino, presentó un caso de relleno en quiste óseo aneurismático de pelvis que ha evolucionado perfectamente bien. Pero también hemos tenido otros casos con igual evolución.

Concretamente, sería conservador respecto de la cirugía, haría un curetaje amplio del quiste con relleno óseo y en última instancia, de fracasar éste, lo haría con cemento. De ninguna manera encargaría una artrodesis primaria y no soy pesimista con respecto a su pronóstico.

(Buenos Aires): Otra posibilidad sería la astragalectomía. Esta es una cirugía que se ha visto en procesos osteomielíticos o en procesos traumáticos donde el astrágalo prácticamente se pierde en el accidente con heridas graves del miembro.

La astragalectomía produce buenos resultados en estos casos, donde sin llegar a la artrodesis se puede obtener una buena evolución.

Dr. J. C. Derqui: En un estudio que hicimos sobre 250 casos de quiste óseo aneurismático, la articulación astragalina no es una de las entidades más frecuentes, pero es benigna si se la trata correctamente. Pensamos que hay que darle la oportunidad al paciente de recuperar su anatomía, que para hacer una artrodesis o una astragalectomía hay tiempo.

Esta lesión necesita un abordaje amplio, ya que requiere poder ver bien los contornos; un curetaje sumamente prolijo y un relleno de injerto, siendo éstos los primeros pasos adecuados, los que no quitan la oportunidad de hacer cualquiera de las otras dos variantes posteriormente.

Pero sí lo ideal es hacer un abordaje amplio si el quiste óseo es aneurismático, ya que si se lo curetea por un espacio pequeño y quedan células residuales del mismo, a pesar de ser una entidad histopatológica benigna, puede cambiar su carácter de tal si se lo agrede, pasando a ser de destrucción local con consecuencias muy graves.

Por lo tanto soy partidario de hacer una cirugía conservadora bien hecha con un abordaje bien amplio y si hace falta en un segundo tiempo se puede recurrir a cualquiera de los otros procedimientos.

Dr. D. Niño Gómez: Me suscribo a lo dicho por el Dr. Derqui. Creo que a pesar del tamaño a través de un abordaje amplio, probablemente por una osteotomía del maléolo interno, etc., sería partidario de la resección, curetaje y relleno con injerto óseo.

En definitiva la mala evolución probable ya la tenemos en primera instancia; entonces démosle una oportunidad para que se remodele y la posibilidad para que el resultado sea aceptable.

En caso de un fracaso me inclino hacia la artrodesis en segunda instancia.

Dr. Z. Simonovich: Me suscribo a lo que dijo el Dr. Derqui, haciendo una muy buena resección e injerto óseo. Siempre hay tiempo de hacer algo más.

Moderador: Recuerdo un pensamiento cartesiano, el que dice: donde dos hombres no están de acuerdo, de una sola cosa podemos estar seguros y es que la verdad los dos no la tienen. Como conclusión podemos decir que quizás la verdad puede tenerla uno o ninguno de los dos.

Bueno, veamos entonces ahora la solución dada por el presentador.

Presentador: Paciente en decúbito ventral. Obtención de injerto córtico esponjoso de cresta ilíaca posterior. Incisión mediana posterior en tobillo, con manguito hemostático. Tenotomía en "Z" del tendón de Aquiles. Se reclinan los cabos. Se observa la superficie posterior de la articulación del tobillo. Capsulotomía posterior. Se aprecia la cara posterior del astrágalo ya invadida por tejido tumoral. Curetaje exhaustivo respetando la superficie articular, con lavados abundantes. Posteriormente se coloca el injerto obtenido en la cavidad y se lo comprime. Luego se coloca un injerto cortical a manera de "compuerta". Se realiza la tenorrafia del Aquiles y cierre pos planos. La paciente presentó buena evolución al cabo de 2 años, con incorporación del injerto y remisión del dolor.

Moderador: Bien, hemos visto la decisión tomada por los presentadores. ¿El Dr. Cánova desea hacer alguna aclaración final?

Dr. A. O. Cánova (Buenos Aires): Sabemos que ésta no es una presentación frecuente, como también conocemos que en el astrágalo tiene lugar el osteoblastoma, siendo extremadamente excepcional el quiste óseo aneurismático.

El abordaje presentado me parece satisfactorio aunque tiene un riesgo, que se pensaría prioritariamente: es el haber comprometido la irrigación porque trabaja sobre la parte posterior, donde está la arteria calcánea, que sabemos es una rama de la arteria tibial posterior. Pero por otro lado lo que es consenso hoy día es que el astrágalo tiene múltiples caminos de irrigación, fundamentalmente periósticos y endósticos, los que no son simplemente una sola rama, ya que una sola rama puede ser perfectamente sustituida y el resultado está dentro de la lógica. Por lo tanto considero que es un caso muy interesante.