



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.
FACULTAD DE MEDICINA.

SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA.
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA.
DIRECCION DE ENSEÑANZA.

“QUISTE OSEO ANEURISMATICO EN METACARPIANO ASOCIADO A
HEMIHIPERTROFIA FACIOCORPORAL CRUZADA”.
REPORTE DE UN CASO.

DR. JOSE ISRAEL AGUILAR HERNANDEZ*, DR. AGUSTIN ISUNZA RAMIREZ**.

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA, SSA.

DEPARTAMENTO DE ORTOPEDIA PEDIATRICA

Curso avanzado



Insurgentes Sur 3700, C:P: 04530
Delegación Coyoacan, México.D.F.
Tel: 56-06-00-02 Ext. 316-317



2001

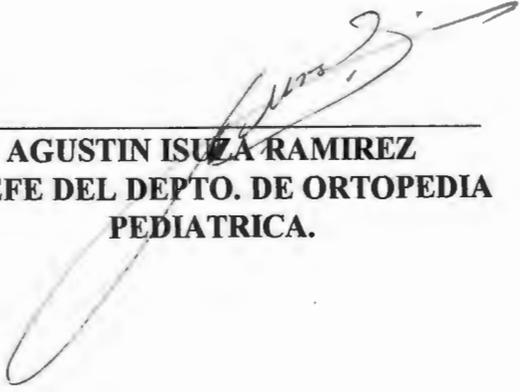
NO CIRCULA

* Médico Residente de Ortopedia Pediátrica. Instituto Nacional De Pediatría. SSA
** Jefe del Departamento de Ortopedia Pediátrica. Instituto Nacional de Pediatría. SSA



6912

FIRMAS.



DR. AGUSTIN SUÁREZ RAMIREZ
JEFE DEL DEPTO. DE ORTOPEDIA
PEDIATRICA.



DR. JOSE ISRAEL AGUILAR HDZ.
MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA
PEDIATRICA.

QUISTE OSEO ANEURISMATICO EN METACARPIANO ASOCIADO A HEMIHIPERTROFIA FACIO CORPORAL CRUZADA

Reporte de un caso

Dr. José Israel Aguilar Hernandez*, Dr. Agustín
Isunza Ramírez **.

Médico residente de ortopedia pediátrica. Instituto
Nacional de Pediatría.

**Jefe del departamento de ortopedia pediátrica. Instituto
Nacional de Pediatría.

RESUMEN

Se reporta el caso de un paciente femenino de 15 años de edad con diagnóstico de quiste óseo en tercer metacarpiano de mano derecha el cual se reseco quirúrgicamente y aplicación de injerto de peroné libre dando una recidiva de la lesión y siendo operada posteriormente a los nueve meses. Obteniendo un resultado satisfactorio.

A este mismo paciente se le diagnóstico a los nueve meses de edad una hemihipertrófia faciocrorporal cruzada con asimetría de hemicara derecha por mayor tamaño. Miembro torácico derecho con aumento de volumen en toda la extremidad a expensas de mayor crecimiento. Miembro pélvico izquierdo con aumento de volumen en toda la extremidad y mayor tamaño en comparación con el derecho.

Se practicó una epifisiodesis tipo Plemister, tercio distal del fémur izquierdo.

Cuatro años después se le práctica un alargamiento femoral derecho por callotaxis con colocación de aparato tipo Orthofix monofocal.

En la literatura mundial se han reportado cuatro casos y en ninguna de ellas se reporto asociado a hemihipertrófia faciocrorporal cruzada.

Palabras clave: Quiste aneurismático, hemihipertrófia faciocrorporal.

INTRODUCCION.

El quiste óseo aneurismático es una masa proliferativa no neoplásica (benigna) de hueso, que se caracteriza por la presencia de conductos y espacios de tamaño variable rodeados por paredes finas, de modo que en las radiografías la imagen es de un "Estallamiento Expansivo".

Esta constituida por conductos o lóculos que por lo común contienen sangre, aunque algunos de los espacios pueden tener un líquido sanguinolento o incluso claro.

El quiste úlceroaneurismático surge en cualquier sitio del esqueleto aunque los mas comunes son los huesos tubulares largos de las extremidades (en promedio 50% de los casos publicados); le siguen en frecuencia la columna vertebral (20% de los casos publicados). Otros sitios de ataques señalados han sido clavícula, pubis, iliaco, isquión, falanges, calcáneo, astrágalo, rótula, maxilar superior e inferior, y en los huesos de los metacarpianos únicamente se han reportado 4 casos en la literatura mundial y nunca se había reportado asociado a hemihipertrófia faciocrorporal cruzada.

La forma primaria consiste en una masa perfectamente delimitada y encapsulada de tejido blando friable; puede rezumar sangre de una trama de espacios "En panal". La lesión suele estar dentro de una capa subperióstica fina de hueso nuevo. Al raspar la pared del "quiste" se obtiene tejido blando pardo rojizo.

En el estudio microscópico se identifica un número variable de conductos o espacios anastomóticos pequeños o grandes, revestidos de paredes fibrosas finas o gruesas que no poseen lamina elástica ni capa muscular como los vasos sanguíneos.

Parte de los espacios cavernomatosos pueden tener "Lagos" de sangre a presión; otros espacios pueden tener líquido sanguinolento o incluso claro. A veces se identifican coágulos sanguíneos focales en fase de organización.

El síntoma inicial es el dolor local que ha durado semanas o meses. Si el hueso afectado es superficial, puede palparse una masa dolorosa.

El estudio radiográfico pasa por las siguientes tres fases progresivas: En primer lugar comienza en la porción esponjosa del hueso medular y esta limitado por la corteza. En esta fase inicial la imagen radiográfica es la de una área ovoide o rodeada de mayor radiolucidez, con grados variables de expansión y adelgazamiento de la corteza regional desde el interior.

En segundo lugar el quiste se vuelve excéntrico, eleva el periostio y muestra la imagen característica de "burbuja de jabón" o "Estallido expansivo", de radiolucidez. La zona distendida esta dentro de una "cascarilla" de hueso subperióstico que la recubre, con un borde interno poco preciso y, por lo común, sin esclerosis marginal. Dentro de la lesión no hay mineralización notable, aunque a veces se identifican múltiples tabiques irregulares y finos. La elevación del periostio puede ocasionar capas laminadas de hueso nuevo subperióstico "Triángulo de Codman" en la unión del quiste de lado diafisario del hueso largo. Por último, con la expansión progresiva la lesión parece "explotar" y se pierde la continuidad de su cascarilla de hueso subperióstico y se extiende a tejidos blandos. Son frecuentes la pérdida de la continuidad y la fractura.

En los huesos tubulares cortos la lesión es mas central y se extiende al interior de la diáfisis y la región subarticular (ello se explica por la pequeñez de los huesos).

Dentro del tratamiento la ablación o extirpación total de la lesión puede practicarse en sitios escogidos como costillas, peroné, rótula o en huesos del carpo. Y las complicaciones van del 10 al 20% de los casos con recidiva.

Si las zonas radiolúcidas aumentan de tamaño y muestran actividad "agresiva" se recomienda repetir el raspado y el injerto óseo. Conviene utilizar hueso cortical además del esponjoso. De manera global el pronóstico del quiste óseo aneurismático es excelente y se logra curación en 90 al 95% de los casos.

PRESENTACION DEL CASO.

Se trata de paciente del sexo femenino de 15 años de edad, originaria del estado de Guerrero, que inicia su padecimiento actual a los 13 años 6 meses de edad al presentar traumatismo directo en cada palmar de mano derecha, que le ocasiona dolor leve, posteriormente presentando tumoración en tercer metacarpiano mano derecha. Como antecedentes de importancia, paciente tiene prima por línea materna con diagnóstico de hemihipertrófia faciocrorporal.

El paciente es producto de gesta I, para I, madre que cursa con amenaza de aborto en primer trimestre tratada a base de reposo; siendo producto de término, con parto eutósico, atendido en medio hospitalario, respiro y lloró al nacer.

A los 9 meses de edad se le diagnostica una hemihipertrófia faciocrorporal cruzada por el servicio de genética. A los / años cursa con dengue diagnosticado y tratado por médico facultativo. Su desarrollo psicomotriz es dentro de lo normal.

Dentro de los antecedentes quirúrgicos: posoperada el día 27 de Febrero de 1995, de una epifisiodesis tipo PHEMISTER, en tercio distal del fémur izquierdo. Posoperada el día 15 de Junio de 1998, de una recepción de tumoración y aplicación de injerto óseo de peroné libre en tercer metacarpiano derecho. Posoperada el día 29 de Marzo de 1999, de recepción de tumoración recidivante en tercer metacarpiano derecho. Y última cirugía realizada el 1 de Noviembre de 1999, de alargamiento femoral derecho por callotasis con aparato Orthofix monofocal.

P:A. Lo inicia a los 13 años 6 meses de edad al presentar traumatismo directo en mano derecha refiriendo dolor en zona de tercer metacarpiano el cual cedía con la ingesta de AINES, dicho dolor permaneció por tiempo (no precisa cuanto), y posteriormente a los 6 meses nota la presencia de tumoración dolorosa en el tercer metacarpiano derecho por lo cual decide la mamá llevarla a la consulta externa de ortopedia.

En su última exploración física antes de la publicación de este artículo se observó paciente tranquila, consciente, buena coloración de piel y de tegumentos. Cara asimétrica con hemicara derecha de mayor tamaño, cuello sin alteraciones, cardiopulmonar sin compromiso.

Miembro torácico derecho con aumento de volumen en toda la extremidad y de mayor tamaño que el izquierdo. Se observa herida quirúrgica sobre la diáfisis del tercer metacarpiano derecho dorsal, con arcos de movilidad conservados, no se palpa zona tumoral ni hay presencia de dolor.

Miembro torácico izquierdo asimétrico en comparación con el contralateral, teniendo menor volumen y tamaño, sin alteraciones en la movilidad. Miembro pélvico derecho con fijador Orthofix monofocal con un alargamiento clínico y radiográfico de 3 cm. Miembro pélvico izquierdo con aumento de volumen y tamaño en toda la extremidad en comparación con el miembro pélvico derecho.

Marcha claudicante a expensas del miembro pélvico derecho con vasculación pélvica a la derecha por continuar con acortamiento del miembro pélvico derecho, aún a pesar de los 3 cm de alargamiento. Resto de exploración sin datos que comentar.

Los estudios radiográficos mostraron: en las radiografía AP y oblicua de mano derecha tumoración en tercer metacarpiano, "en burbuja de jabón", expansiva que abarca casi toda la extensión del metacarpiano respetando las zonas de los cartílagos de crecimiento y las epífisis. (figura 1) Motivo por el cual se decidió la resección quirúrgica extensa y la aplicación de injerto (figura 2). El estudio histopatológico reporta quiste óseo aneurismático.

Tiempo después del procedimiento quirúrgico se observa la recidiva con resorción del injerto óseo en toda su extensión por lo que se decide realizar un segundo procedimiento quirúrgico igual que el anterior (figura 3), y el reporte histopatológico describe una lesión igual que la primera concluyendo en quiste óseo aneurismático. En la última radiografía se observa ya la integración completa del injerto y la resolución del quiste óseo (figura 4).

En los otros controles radiográficos se observa la osteotomía y la colocación de aparato Orthofix en el fémur derecho (figura 5), y secuencias evolutivas del alargamiento óseo por callotasis (figura 6).

BIBLIOGRAFIA

1. Apaydin A. Ozkaynak C.
Yilmaz S., et al. Aneurysmal
Bone cyst of metacarpal
Skeletal Radiol 1996; 25 76-78
2. Burkhalter WE, Schroeder Fc,
And Eversmann WW Jr: Aneurysmal bone cyst
Occurring in the metacarpals: a report of three cases,
J. Hand surg #: 579,1978
3. Fuhs SE and Herndon JH: Aneurysmal bone cyst
Involving the hand: a review and report of two cases,
J Hand surg 4: 152 1979
4. Mason ML and Wheelock MC:
Aneurysmal bone cyst of the hand
Q bull Northwestern Univ. Med. School 32: 268 1958



FIGURAS

FIGURA 1. Se observa imagen típica del quiste óseo aneurismático “en burbuja de jabón” expansivo en el tercer metacarpiano con la presencia del Triángulo de Codman en la zona diafisiaria del metacarpiano. El quiste respeta el cartilago de crecimiento y las zonas epifisiarias.

FIGURA 2. Se observa la resección completa del quiste y la aplicación del injerto libre del peroné. Obsérvese la no integración del injerto con esclerosis del mismo y la presencia nuevamente del quiste óseo aneurismático.

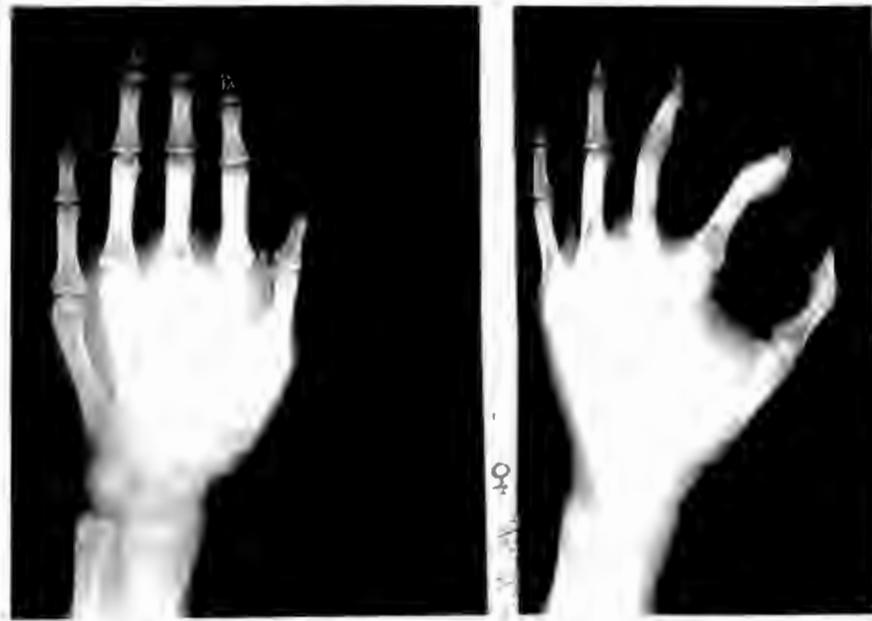
FIGURA 3. Se observa un segundo procedimiento quirúrgico satisfactorio con la perfecta integración del injerto aplicado y la forma tubular del metacarpiano (radiografías finales).

FIGURA 4. Se observa la osteotomía en fémur derecho tercio proximal con la colocación de aparato orthofix monofocal.

FIGURA 5. Se observa el inicio del alargamiento óseo por callotaxis.

FIGURA 6. Control radiográfico mas reciente en donde se observa un alargamiento óseo de aproximadamente 3 cm.

FIGURA 1.



GENES
Y BC

FIGURA 2.

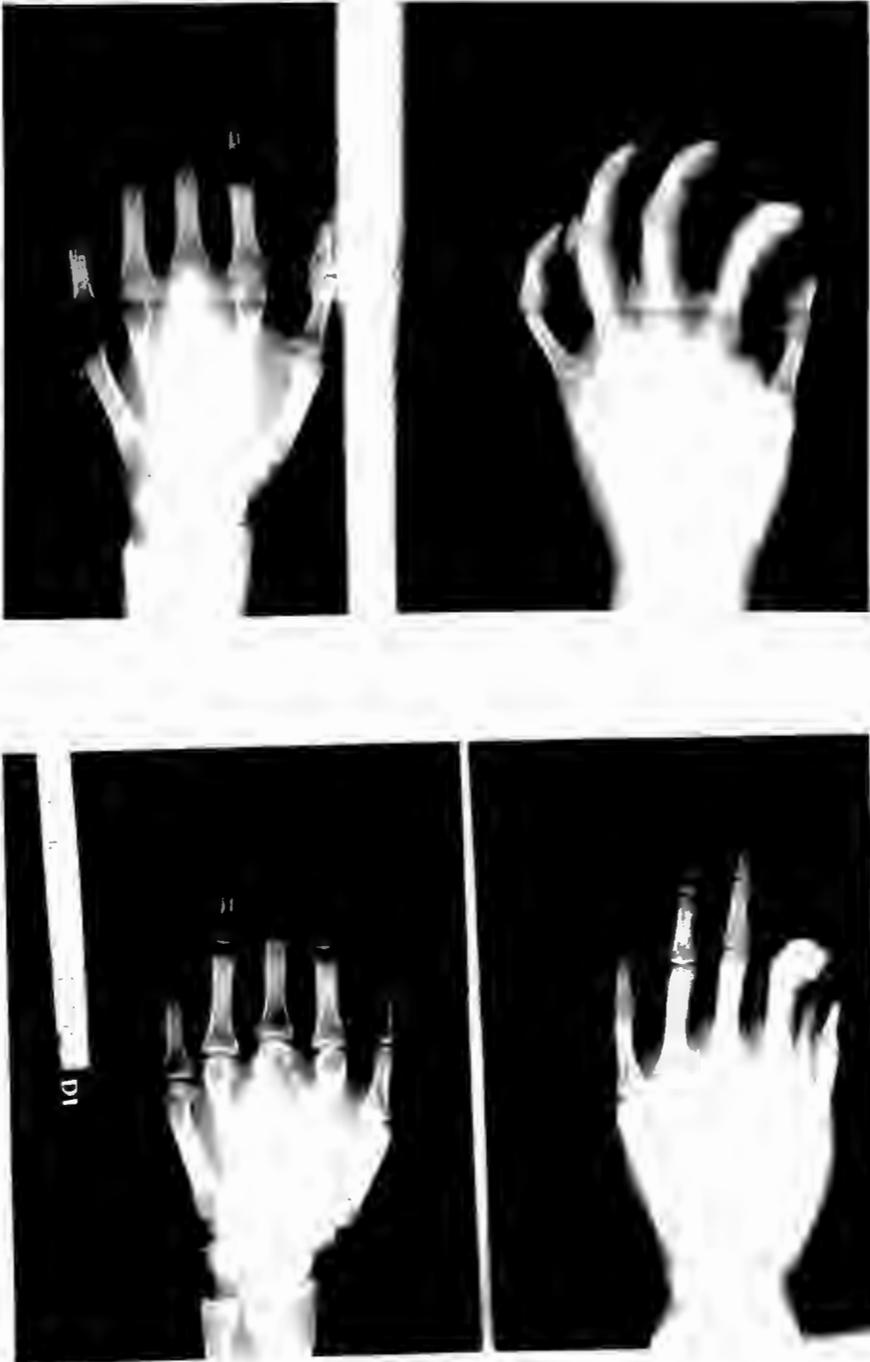
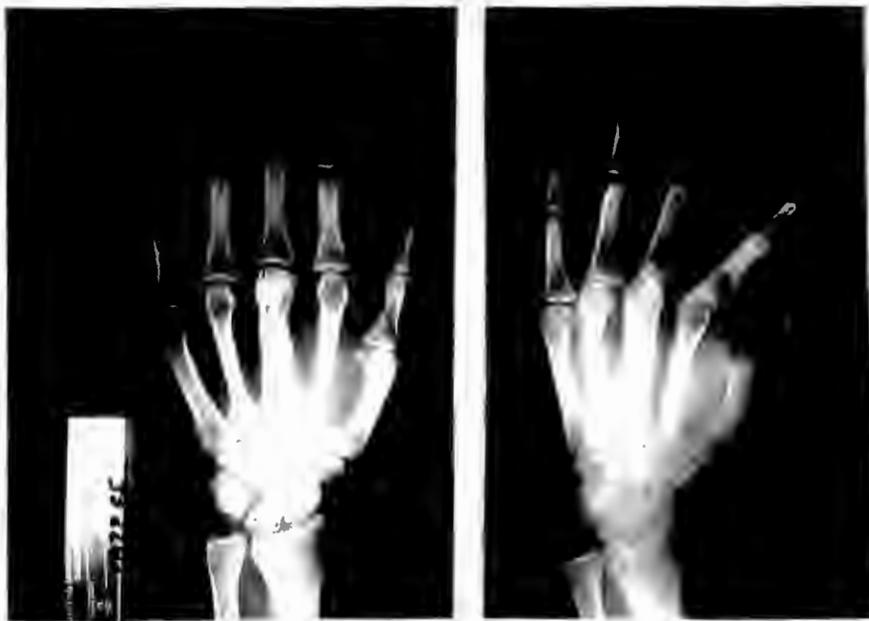
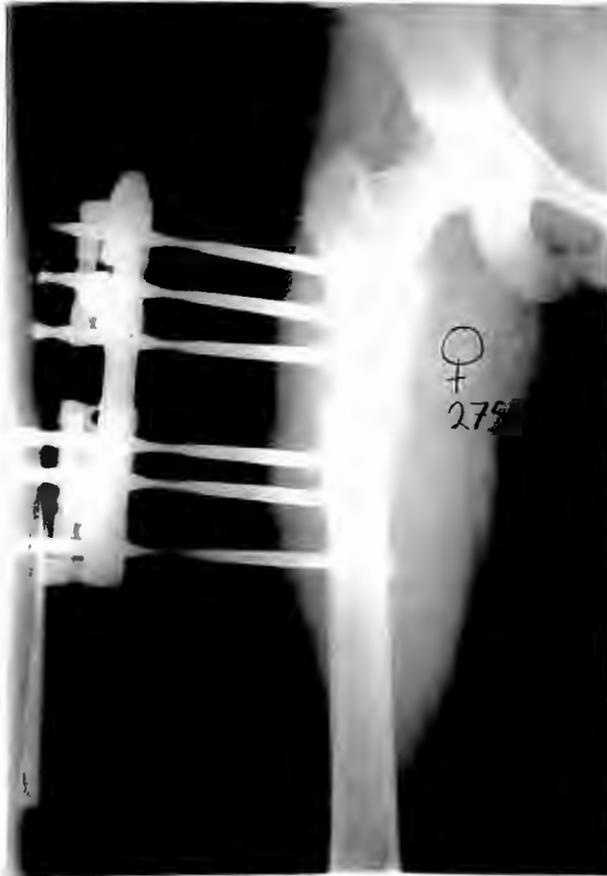


FIGURA 3.



I N
CENTRO DE R
Y BOGOTÁ

FIGURA 4.



CENTRO DE DIAGNÓSTICO
Y DOCUMENTACIÓN

FIGURA 5.



I N P
CENTRO DE ASISTENCIA
Y REPOSICIÓN

FIGURA 6.

