

CASO CLÍNICO Nº 29 (SCLECARTO, 2011)

AUTOR

Comité editorial de www.sclecarto.org

CASO CLINICO

Paciente mujer de 74 años de edad con dolor mecánico de ambas rodillas, sobre todo de la izquierda, que le dificulta la deambulaci3n y no responde al tratamiento m3dico. A la exploraci3n f3sica se objetiva un genu varo bilateral, con rodillas globulosas que duelen a la flexo-extensi3n, limitada y con chasquidos (Figuras 1 y 2).



Figura 1



Figura 2

El estudio radiogr3fico simple en proyecci3n 3ntero-posterior y una visi3n de TC en la misma proyecci3n se muestran en las figuras 2-4. En la figura 5 observamos un corte axial de la rodilla a la altura del extremo distal del f3mur. En todas las im3genes de TC se evidencia una lesi3n osteol3tica metafiso-epifisaria en el c3ndilo femoral interno, de bordes bien definidos, con esclerosis en su periferia y rotura en alg3n punto de la cortical, sin reacci3n peri3stica ni invasi3n de las partes blandas. Tampoco parece adivinarse matriz en su interior.



Figura 2

Figura 3

Figura 4

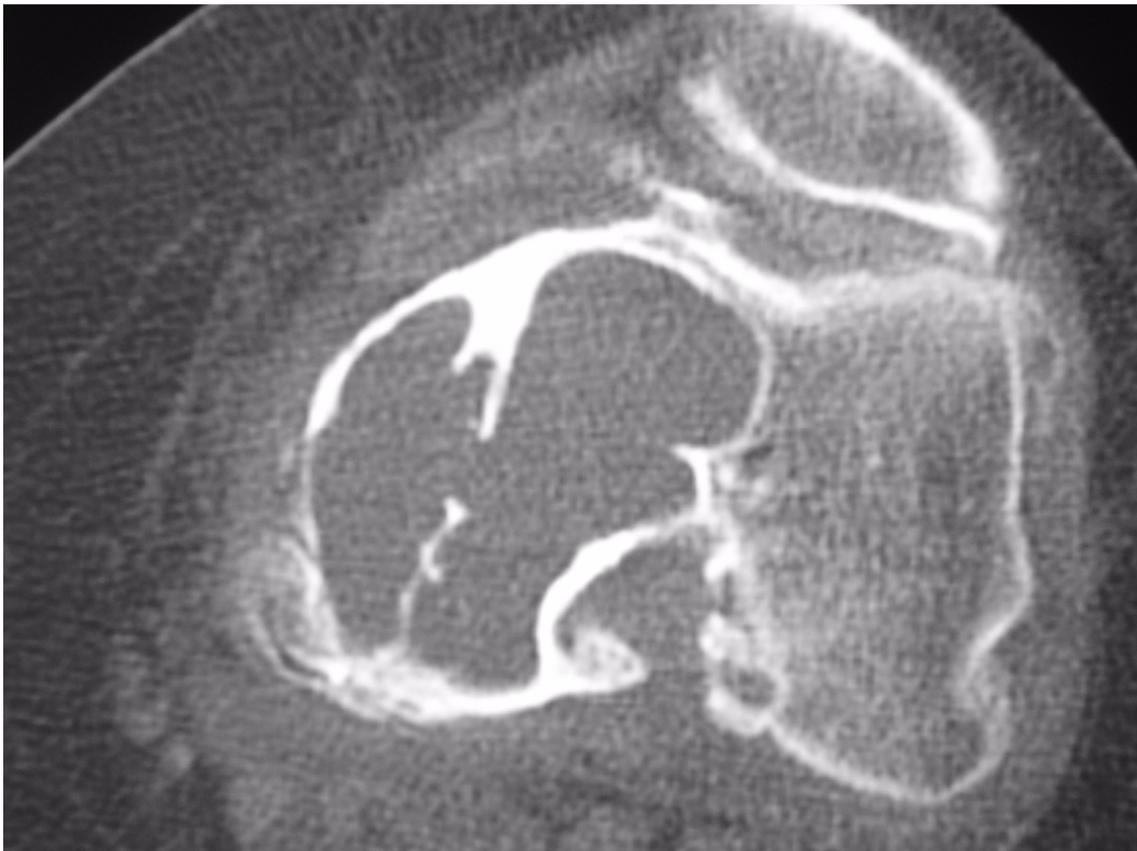


Figura 5

DIAGNÓSTICO

Gonartrosis con geoda gigante.

TRATAMIENTO Y RESULTADO

Se implantó una prótesis total de rodilla de charnela, confirmándose la naturaleza de la imagen osteolítica, que se rellenó con homoinjerto (Figuras 6 y 7), con un buen resultado funcional.



Figura 6



Figura 7

DISCUSIÓN

El caso que nos ocupa podría enfocarse a partir de la imagen osteolítica que se puso de manifiesto en las pruebas complementarias de imagen. El diagnóstico diferencial de una lesión osteolítica solitaria es amplio. El de una lesión osteolítica epifisaria se restringe más, incluyendo, entre otros, tumores (tumor de células gigantes, condroblastoma y condrosarcoma de células claras) y lesiones pseudotumorales (quiste óseo aneurismático, ganuloma eosinófilo), infecciones y lesiones secundarias a otras vecinas (sinovitis villonodular pigmentada, hemofilia, artrosis)

Las lesiones osteolíticas epifisarias en la artrosis son las geodas que acompañan a muchas de estas artropatías, pudiendo variar su tamaño. En la literatura se han denominado de diferentes maneras, reflejándose como quistes subcondrales, quistes sinoviales, pseudoquistes subarticulares, pseudoquistes necróticos y geodas. La patogenia de estas lesiones tiene dos hipótesis que se remontan a varias décadas: una sugiere que la presión intraarticular elevada forzaría al fluido sinovial a través del cartílago articular, y la otra supone que se deben a fracturas e insuficiencia vascular en el hueso subcondral, que causaría una necrosis quística.

Las geodas artrósicas a menudo son múltiples y de distribución segmentaria, con esclerosis bordeándolas, amén de otros signos degenerativos articulares asociados. La RM, que también se realizó en nuestro paciente y que no

presentamos, mostraría un defecto focal con una colección líquida que no capta contraste asociada a otros daños intraarticulares.

BIBLIOGRAFÍA

Resnick D (Ed). Degenerative disease of extraspinal locations. In: Bone and joint disorders. 4th edition. WB Saunders, Philadelphia. 2002:1271–381.

Freud E. The pathological significance of intraarticular pressure. Edinburgh Med J 1940;47:192.

Rhaney K, Lamb DW. The cysts of osteoarthritis of the hip: a radiologic and pathologic study. J Bone Joint Surg Br 1955;37:663.