

DEPARTAMENTO DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

Jefe de Departamento: J. M. VILLAR DEL FRESNO. Hospital de Cruces

Tratamiento de lesiones líticas benignas de hueso con metil-prednisolona acetato: A propósito de 23 casos

V. GALAN LABACA, M. A. GOMEZ LUZURIAGA, P. ARMENDARIZ MENDIZABAL

RESUMEN:

Los autores exponen su experiencia en el tratamiento de 23 lesiones osteolíticas de hueso con infiltraciones intraquisticas de Metil-prednisolona acetato.

Han obtenido excelentes resultados en el quiste óseo esencial y condroblastoma epifisario, inciertos en el fibroma no osificante y quiste óseo yuxtaarticular, siendo negativos en el quiste óseo aneurismático.

Descriptores: Tratamiento, infiltración intranquistica. Lesiones líticas benignas.

SUMMARY:

The authors set down their experiences in the treatment of 23 osteolytic bone injuries with intracystic infiltrations of Methylprednisolone acetate.

They have both obtained excellent results with the essential osseous cyst and uncertain epiphyseal chondroblastoma in the non-ossifying fibroma and juxta articular osseous cyst, but negative in the aneurismatic osseous cyst.

Key Words: Treatment, intracystic infiltrations. Osteolytic bone injuries.

Remitido: 19 febrero 1987.

Introducción

En 1973 SCAGLIETTI comenzó a tratar ciertas lesiones osteolíticas mediante infiltraciones con metilprednisolona acetato (5, 6, 7).

Desde entonces muchos han sido los ortopedas que han seguido con interés los resultados de esta nueva técnica (1, 2, 3, 4).

En nuestro Hospital comenzamos su utilización en 1979, y desde entonces hasta 1985 se han infiltrado con metilprednisolona acetato un total de 23 lesiones osteolíticas de hueso, 17 quistes óseos simples, 2 quistes aneurismáticos, 2 quistes yuxtaarticulares, 1 condroblastoma epifisario y 1 fibroma no osificante.

Hablaremos en primer lugar de nuestra experiencia con el quiste óseo simple.

Quiste óseo simple

El quiste óseo simple o solitario es una lesión benigna generalmente de localización metafisaria, bien delimitada, que contiene en su interior un líquido claro o sanguinolento (3).

Los análisis bioquímicos realizados por SCAGLIETTI del líquido quístico confirmaron que éste es un trasudado. Desde entonces, y por analogía con otras enfermedades productoras de trasudados, se comienza a infiltrar las lesiones quísticas con corticoides (5, 6, 7).

En nuestro Hospital se han infiltrado 17 quistes simples desde 1979 hasta 1985.

11 enfermos eran varones, es decir, 64'7%, y 6 hembras, es decir, el 35'2%.

13 quistes se localizaron en el tercio proximal de húmero, 3 en calcáneo y 1 en la extremidad proximal de la tibia.

La edad media de nuestra serie fue de 12'8 años, con edades que oscilaron entre 6 y 52 años.

El diagnóstico de la lesión se realizó en todos los casos mediante el estudio clínico y radiológico por una parte, y el análisis del líquido quístico por otra.

En cuanto a la cantidad de corticoide a emplear en cada inyección, varía dependiendo de dos factores, la edad del paciente y el tamaño del quiste en centímetros cuadrados. Nosotros usamos un mínimo de 60 mgr. y un máximo de 160 mgr. de metilprednisolona acetato (1).

La no existencia de signos de curación en los 6 primeros meses o la aparición de un período de reactivación del quiste, aconsejan repetir la inyección con corticoides (5, 6, 7). Nosotros lo hemos realizado hasta un máximo de cuatro veces.

Se debe realizar controles radiológicos metódicamente cada dos/tres meses después de la inyección, hasta llegar a un año (4).

En cuanto a los resultados, obtuvimos una curación completa del quiste en 6 oca-

siones; es decir, en un 35'2% de nuestro pacientes, en 9 enfermos, 52'9%, consideramos el relleno del quiste como suficiente, aunque persistieran pequeños quistes residuales; en 2 ocasiones, es decir, 11'7%, no hubo respuesta a la infiltraciones con metilprednisolona acetato.

Por lo tanto, sumando aquellos casos en los que la curación era completa y aquellos en los que fue relativa, obtuvimos resultados satisfactorios en el 88'1% de nuestros enfermos.

Durante todo este período de tiempo hemos tenido 2 reactivaciones del quiste que respondieron perfectamente a una nueva inyección de corticoide.

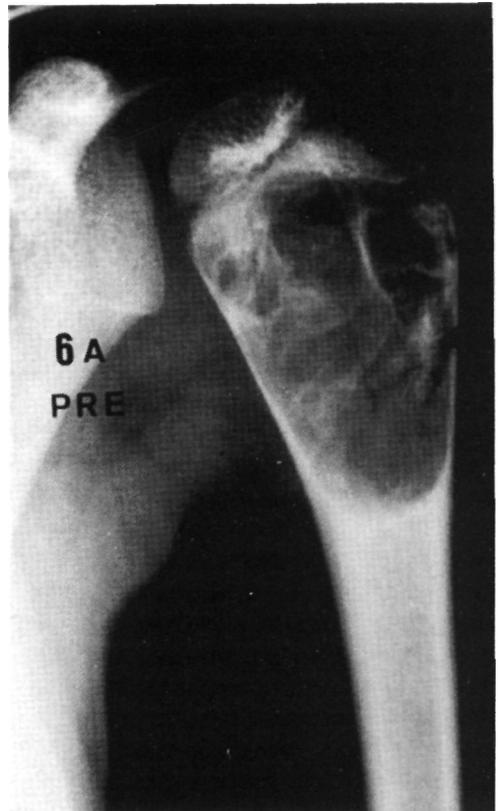


FIG. 1.— Imagen osteolítica en la región metafisaria del húmero en un niño de 6 años de edad, correspondiente a un quiste óseo esencial.

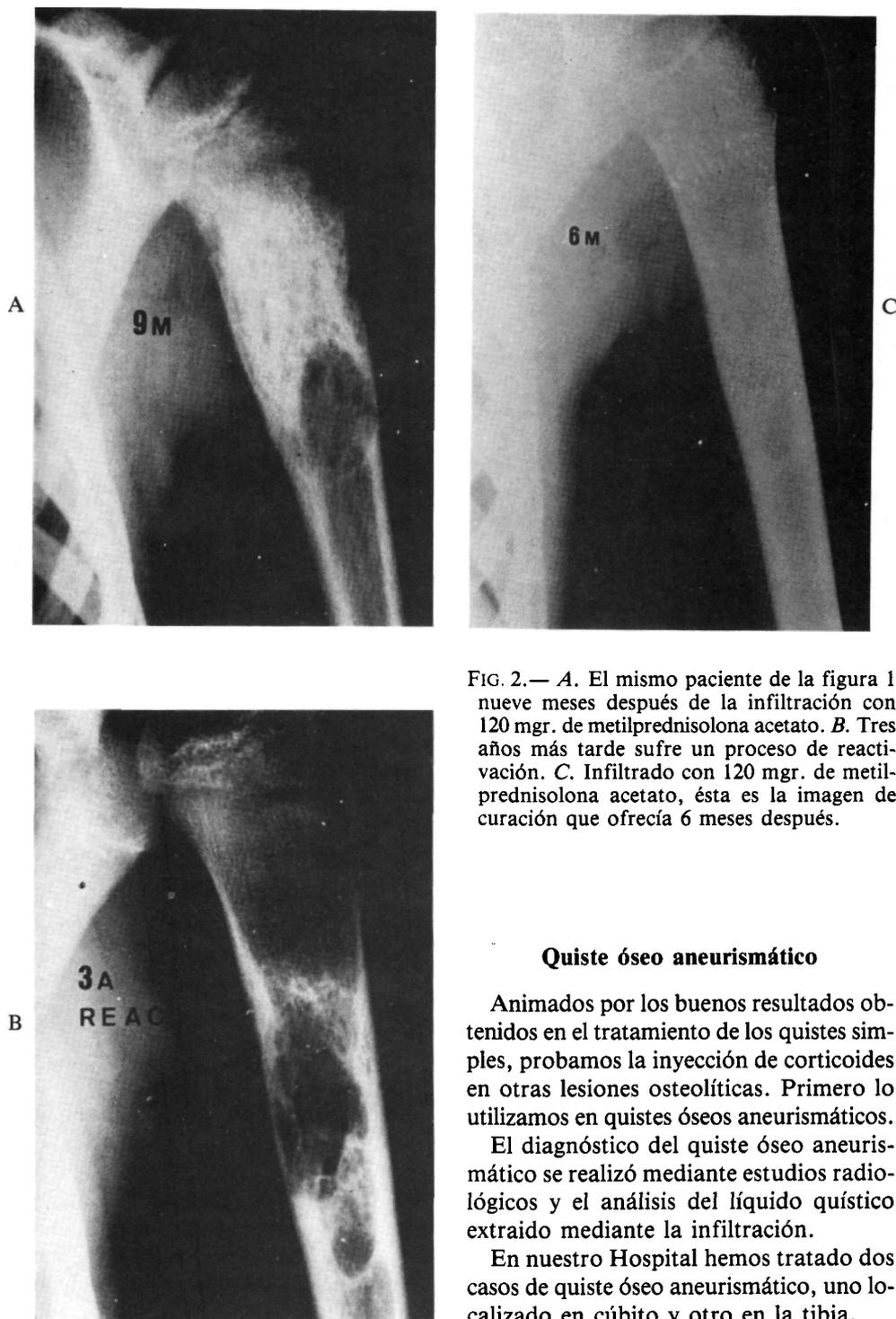


FIG. 2.— *A.* El mismo paciente de la figura 1 nueve meses después de la infiltración con 120 mgr. de metilprednisolona acetato. *B.* Tres años más tarde sufre un proceso de reactivación. *C.* Infiltrado con 120 mgr. de metilprednisolona acetato, ésta es la imagen de curación que ofrecía 6 meses después.

Quiste óseo aneurismático

Animados por los buenos resultados obtenidos en el tratamiento de los quistes simples, probamos la inyección de corticoides en otras lesiones osteolíticas. Primero lo utilizamos en quistes óseos aneurismáticos.

El diagnóstico del quiste óseo aneurismático se realizó mediante estudios radiológicos y el análisis del líquido quístico extraído mediante la infiltración.

En nuestro Hospital hemos tratado dos casos de quiste óseo aneurismático, uno localizado en cúbito y otro en la tibia.

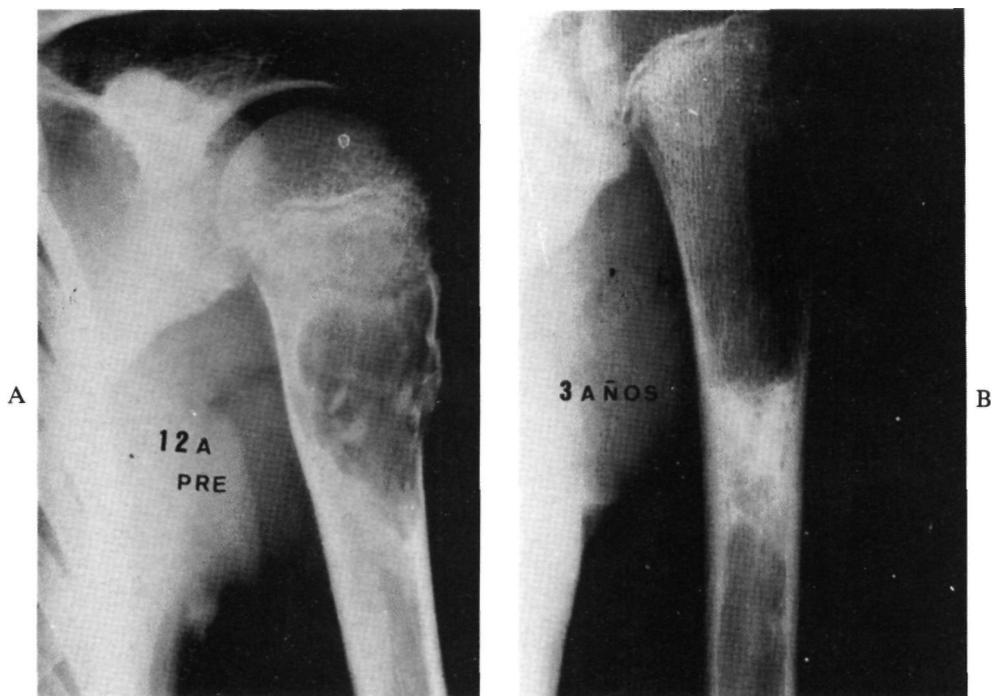


FIG. 3.— *A.* Quiste óseo esencial localizado en la región metafisaria proximal de húmero en un niño de 12 años de edad. *B.* Imagen radiológica tres años después de la infiltración con metilprednisolona acetato. Curación completa.

Los resultados fueron negativos. No observamos indicios de reparación en el interior del quiste después de dos infiltraciones de metil-prednisolona acetato la lesión y relleno con injertos.

Quiste óseo yuxtarticlar

Hemos tratado dos enfermos con quiste óseo yuxtarticlar. En el primer caso, de localización acetabular, tras la infiltración con 80 mg. de metilprednisolona acetato mejoró la sintomatología, observando radiológicamente un año después que el quiste se encuentra casi totalmente calcificado y el paciente asintomático.

En el 2.º caso, la enferma, de 44 años

de edad, presentaba un quiste también de localización acetabular.

Fue infiltrada dos veces con 80 mg. de metilprednisolona acetato. El quiste no presentaba signos de curación. Un año más tarde se realizó el curetaje y relleno de la lesión.

Condrolastoma epifisario

El condrolastoma epifisario es una lesión que ocurre en la juventud, y más comúnmente localizada en la epífisis proximal del fémur.

Hemos tratado a una enferma de 12 años de edad que tenía una lesión en la extremidad proximal del fémur. El diagnóstico estuvo basado en 'los estudios

radiológicos y en el análisis del tejido aspirado.

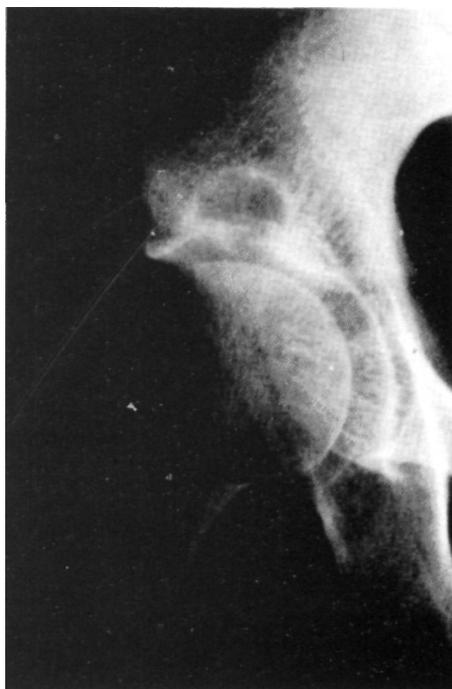
Inyectamos en dos ocasiones 160 mgr. de metilprednisolona acetato. El resultado radiológico un año más tarde de la 2.^a infiltración es de curación, estando la enferma asintomática.

Fibroma no osificante

Hemos tratado un caso en una niña de 10 años de edad. Inyectamos 120 mgr. de metilprednisolona acetato, y 9 meses más tarde observamos una lenta, aunque positiva recuperación radiológica.

Conclusiones

Como conclusión, diremos que la inyección intracavitaria con metilprednisolona acetato es una técnica válida en el tratamiento del quiste óseo esencial y el condroblastoma epifisario. De resultados más inciertos en los quistes óseos yustarticulares y fibromas no osificantes, no teniendo resultados positivos en la terapéutica del quiste óseo aneurismático.



A



B

FIG. 4.— *A.* Quiste óseo yuxtacortical en una mujer de 45 años de edad. *B.* El quiste no varía de aspecto radiológico después de 2 infiltraciones con metilprednisolona acetato. Posteriormente, se le realizó un curetaje de la lesión más injerto.

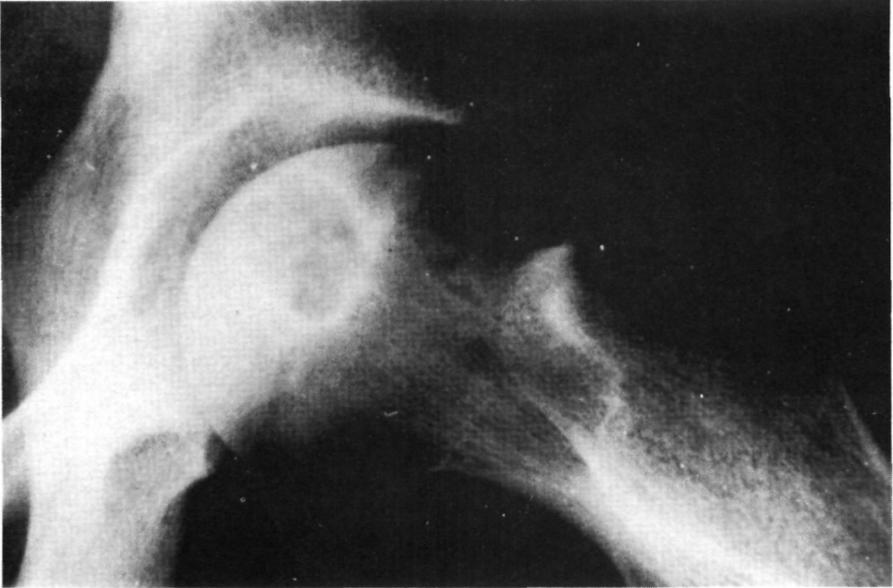


FIG. 5 A

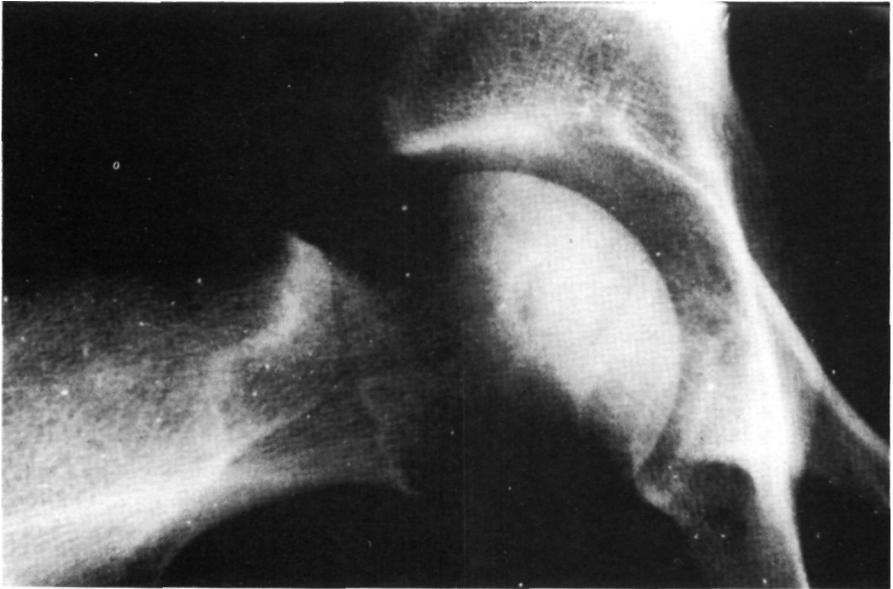


FIG. 5 B

FIG. 5.— *A.* Condroblastoma epifisario localizado en la epífisis proximal del fémur en una niña de 12 años de edad. *B.* Aspecto radiológico de curación que presentaba el condroblastoma después de dos infiltraciones con metilprednisolona acetato.

BIBLIOGRAFIA

1. CAMPANACCI, M.; CAPANNA, R.; PICCI, P.: «Unicameral and aneurysmal bone Cysts». *Clin. Orthop.* 1986. 204: 25-36.
2. CAMPOS, P. O.: «Treatment of bone Cysts by intracavity injection of methylprednisolone acetate». *Clin. Orthop.* 1982. 165: 43-48.
3. COHEN, J.: «Etiology of simple bone Cyst». *J. Bone Jt Surg.* 1970. 52-A: 7, 1.493-1.497.
4. FERNBACH, SK.; BLUMENTHAL, DH.; POZNANSKI, AK.; DÍAS, LS.; TACHDJIAN, MO.: «Radiographic changes in Unicameral bone Cysts Following direct injection of Steroids: a report on 14 cases». *Pediatric Radiology.* 1981. 140: 689-695.
5. SCAGLIETTI, O.; MAUCHETTI, PG.; BARTOLUZZI, P.: «Sull'azione topica dei corticosteroidi in microcristalli in alcune lesioni dello scheletro». *Archivo Putti.* 1976. 27: 9-32.
6. SCAGLIETTI, O.; MARCLETTI PG.; BARTOLUZZI, P.: «The effects of methylprednisolone acetate in the treatment of bone cystis». *J. Bone Jt. surg.* 1979. 61-B: 2, 200-204.
7. SCAGLIETTI, O.; MARCLETTI, PG.; BARTOLUZZI, P.: «Final results obtained in the treatment of bone cysts with Methylprednisolone acetate (Depo-Medrol) and a discussion of results achieved in other bone lesions». *Clin Orthop.* 1982. 165: 33-42.