

QUISTES ACETABULARES Y ARTROSIS DE CADERA

RESUMEN

Me indujo este comentario el desafortunado resultado del tratamiento de una paciente, de 60 años de edad, portadora de un quiste supraacetabular en cadera derecha con dolores episódicos, pero severos, referidos en la región glútea del mismo lado. Se la trató con curetaje y relleno con injerto óseo autógeno. La cadera, antes de la intervención, era absolutamente normal. El diagnóstico de quiste acetabular surgió de un estudio realizado con resonancia magnética. La consulta en el Dpto. de Ortopedia y Traumatología fue en febrero de 1995. El dolor mejoró por corto tiempo después de la intervención pero, ulteriormente y en corto lapso, desarrolló una bien definida artrosis con las mismas más intensas molestias que las anteriores y donde, sin lugar a dudas, se imponía una artroplastia de sustitución. Ante tal situación, la paciente decidió hacer una consulta en un centro especializado en el extranjero donde se le expresó que el quiste coexistía con la artrosis y, por lo tanto, debió realizarse un reemplazo total de cadera. Esto creó insatisfacción con ella y sus familiares y, desde luego, la idea de un error terapéutico.

Palabras clave: Quistes Acetabulares - Artrosis - Osteoartritis.

Dr. Adolfo Fernández Vocos *

Servicio de Ortopedia y Traumatología
Hospital Privado - Centro Médico de Córdoba.

SUMMARY:

This comment arises from the unfortunate result in the treatment of a 60-year old patient, with a supra-acetabular cyst of the right hip. She had episodic, but intense pain, referred to the right gluteal area. It was treated with curettage and filled with autogenous cancellous bone graft. Before the intervention, she presented a clinically and radiographically normal hip. The supra-acetabular cyst was diagnosed in a magnetic resonance study. The patient came for consultation at the Department of Orthopaedics and Traumatology in February, 1995. The pain improved for some time after the intervention in August, 1995. However, a short time later, a well defined arthrosis developed, with recurrence of prior presenting condition. On the basis of the structural alterations shown by the Rx, a substitution arthroplasty was naturally recommended. When faced with this, the patient decided to consult a foreign specialized center where she was informed that the cyst coexisted with the arthrosis; and, as a result she underwent a total hip replacement. This left the patient and her relatives unsatisfied and, naturally, with the idea of a therapeutical mistake.

Key words: Acetabulum Cysts - Arthrosis - Osteoarthritis.

* Ex Jefe del Dpto. de Ortopedia y Traumatología.

INTRODUCCION:

Para ilustrar este comentario se expone, en forma sucinta, la historia de dos pacientes con artrosis de cadera y quistes acetabulares. En el primero, los quistes (cefalo-acetabulares) estaban presentes antes de la cirugía. En el segundo, un quiste supraacetabular, apareció a los 5 años del postoperatorio. En cambio, en la paciente que nos motiva, un quiste solitario asentaba sobre una articulación coxo-femoral absolutamente sana, clínica y radiográficamente.

Caso 1: Una mujer de 54 años de edad consultó en diciembre de 1960 por dolor permanente e intenso en pliegue de la ingle derecha, disbasia y limitada capacidad de marcha desde hacia algo más de un año. El examen físico reveló severa alteración funcional (flexión 90°, extensión 0°, abducción 20°, adducción 5°, rotación interna 0° y externa 5°). La radiografía de frente (Fig. 1, A) muestra una avanzada artrosis con un quiste céfalo-acetabular (flechas). Se trató con una osteotomía femoral intertrocantérea a lo McMurray (1). Un control radiográfico a 29 meses del postoperatorio (Fig. 1, B) permite apreciar la consolidación de la osteotomía y la desaparición de los quistes (se ve bien en la radiografía original).

Caso 2: Mujer de 49 años consulta en agosto de 1991 por dolor inguinal derecho, de más de 2 años de evolución, disbasia y sólo puede caminar distancias limitadas sin pararse. El examen físico reveló una moderada alteración funcional (flexión 100°, extensión 20°, abducción 40°, adducción normal y rotación interna y externa 35°). La radiografía de frente (fig. 2, A) muestra la imagen típica de una artrosis displásica con cabeza femoral congruente pero descentrada por diastasis (ver interlínea infero-medial), ángulo CE ("central edge") de 15°, triángulo esclerótico (flechas) de Pauwels (2), etc. En agosto de 1991, se realiza osteotomía pélvica a lo Chiari (3) con lo que se logra una ex-

celente cobertura de la cabeza femoral (Fig. 2, B). A los años del postoperatorio, la paciente continúa asintomática pero una radiografía de frente y perfil muestra claramente la presencia de un quiste supraacetabular.

DISCUSION

La presencia de quistes solitarios supraacetabulares ha preocupado, desde siempre, a los especialistas frente a la duda de su vinculación o no con la artrosis de cadera. Aunque subsiste controversia cabe destacar que en los últimos años se ha informado sobre significativos avances en la interpretación de estas patologías.

En la artrosis evolucionada de la cadera es frecuente ver en las radiografías convencionales formaciones quísticas que asientan en la cabeza femoral, acetábulo y/o en ambas partes a la vez. Menos frecuente o, casi excepcionalmente, se observan quistes acetabulares solitarios en caderas absolutamente sanas.

En la actualidad, dos teorías se disputan la interpretación patogenética de estos quistes. La primera la asigna a una necrosis ósea subcondral consecuencia del microtrauma funcional (recordar que la cadera, en posición monopodálica de la marcha descarga tres veces el peso del cuerpo). La segunda teoría sostiene que una limitada erosión del cartilago, a lo cual se agregan microfracturas subcondrales, permite la intrusión de líquido sinovial y, como consecuencia, la degeneración quística del hueso. El contenido fue visto en la paciente que nos ocupa y, la evaluación histopatológica agregó presencia de tejido fibrocartilaginoso y trazos de hemorragia reciente sin evidencia de estructuras neoplásicas.

El síntoma dominante es el dolor que a veces puede conducir a una verdadera invalidez. La radiografía convencional muestra, no siempre claramente, una imagen radiolúcida rodeada de un halo esclerótico. La resonancia magnética (RM) es, hoy, el procedimiento más idóneo para su

detección.

En un trabajo reciente, Scott y col. (4) han contribuido, con un importante aporte, al esclarecimiento de estas lesiones vinculando los quistes a la artrosis de cadera. Comunican el caso de un paciente, de 33 años de edad, portador de un quiste supraacetabular en ambas caderas. En el lado izquierdo, el dolor llegó a tal magnitud que le obligó al abandono de sus tareas habituales. El tiempo fue mostrando signos radiográficos que configuraban la típica imagen de una artrosis de cadera. En tal situación y, ante el requerimiento del enfermo, que deseaba volver a su trabajo, se le propusieron dos opciones: artrodesis o artroplastia de sustitución. El paciente optó por la segunda, desde luego, aceptando las reservas indicadas por tratarse de un enfermo joven. En la cadera derecha el quiste siguió creciendo lentamente sin dolor y sin alteraciones estructurales en la articulación. Ante el temor que le ocurriera lo anterior solicitó ser tratado. Los cirujanos se decidieron por curetaje y relleno con hueso autógeno realizado por vía intraabdominal. Una radiografía de frente, de cadera y pelvis, a 22 meses del postoperatorio mostró buena consolidación del quiste y buena evolución de la artroplastia. El paciente pudo, así volver a sus tareas habituales sin molestia alguna.

De esta observación y, otras similares (5, 6), los autores llegan a la conclusión de que en la cadera pueden producirse dos tipos de osteoartrosis habitual” sea ella primaria o secundaria.

Creo, entonces, que después de estos comentarios no queda casi duda de la vinculación de estos quistes con la artrosis de cadera, fundamentalmente de aquellos situados en el área de presión co-

xofemoral y/o base del llamado “arco gótico” (disposición que asumen las trabéculas óseas del acetábulo en relación a las presiones que reciben). Los que acompañan a lesiones artrósicas definidas pueden estar presentes antes de la cirugía (Fig. 1) (sea ésta del tipo de la osteotomía y/o de sustitución) o después de la misma (Fig. 2) lo cual pres-

agiaría una posible complicación o recidiva.

FIGURA 1

Fig. 1, A: Mujer de 54 años con artrosis severa de cadera derecha. Quiste supracotiloideo que compromete, también, la cabeza del fémur. Se trató con osteotomía de McMurray B: A 22 meses del postoperatorio la osteotomía aparece reparada y los quistes han desaparecido (cambio de dirección de las presiones).

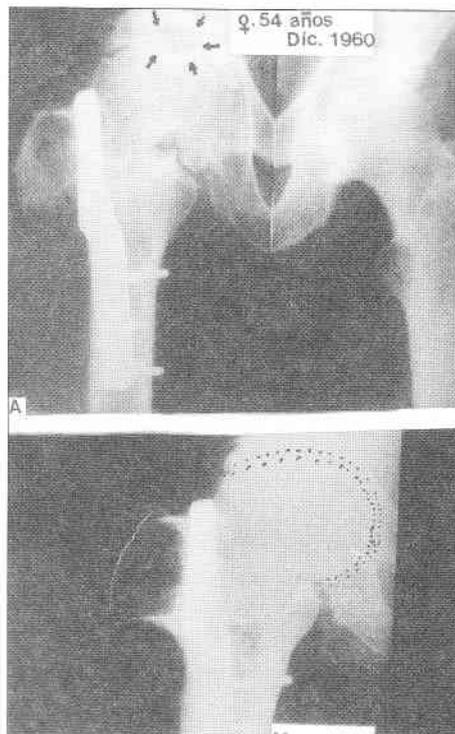


FIG. 2 A y B

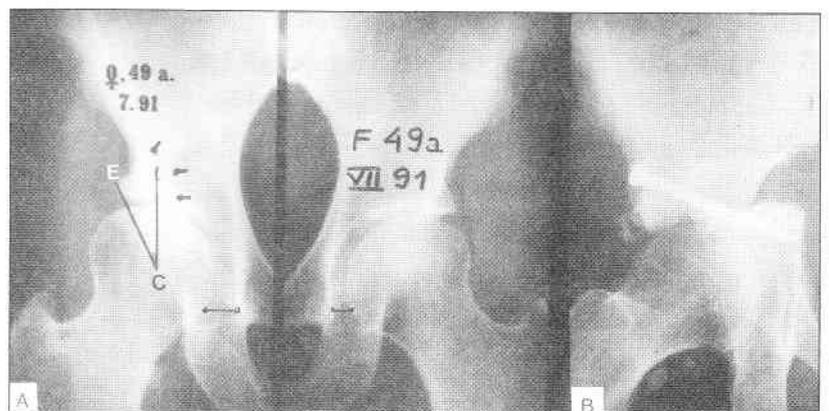


Fig. 2, A: Mujer de 49 años con artrosis por displasia de cadera derecha. B: Se trató con osteotomía pélvica de Chiari con resultado excelente.

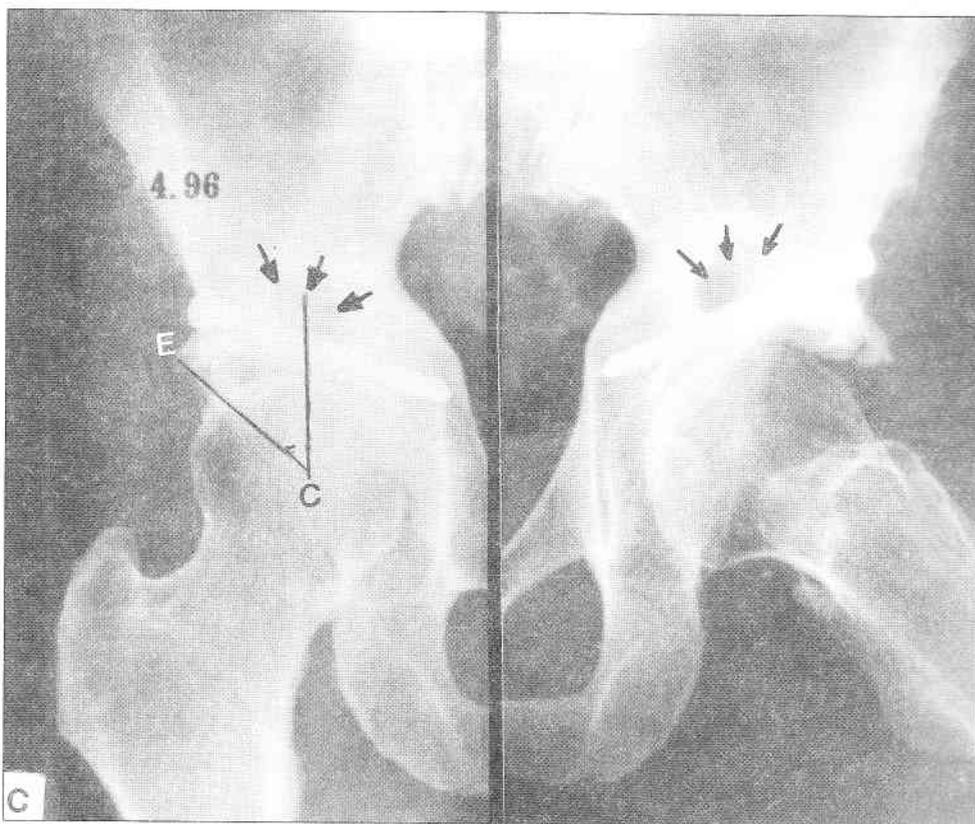


Fig. 2, C: A casi 5 años del postoperatorio la paciente continúa asintomática pero en la Rx de frente y perfil puede observarse la presencia de un quiste supraacetabular.

Si se sigue aceptando que el tratamiento de elección de los quistes supraacetabulares con caderas sanas es el curetaje y relleno con hueso autógeno, cabe preguntarnos qué pasó con nuestra paciente que en corto lapso después del postoperatorio desarrolló una artrosis bien definida. Sin poder afirmarlo categóricamente no podemos dejar de suponer que el curetaje del quiste, que resultó mucho mayor que la imagen de la RM, pudo haber contribuido a debilitar el techo del acetábulo.

Como conclusión, puede expresarse lo siguiente:

1º Hoy parece aceptarse la vinculación entre quistes supraacetabulares y artrosis de cadera y, de allí, la denomina-

ción de “artrosis quística”.

2º La presencia de estos quistes pueden en algunos pacientes, no en todos, acelerar la iniciación de un proceso artrósico.

3º El curetaje y relleno con injerto, en quistes con cadera sana, pero con dolor severo, sigue siendo el tratamiento de elección tal cual se realizó en nuestra paciente. Se sostiene que el injero puede contribuir a restablecer la integridad del acetábulo.

BIBLIOGRAFIA

1. McMurray, I.P.: Osteoarthritis of the hip joint. *Brit. J. Surg.*, 1935; 22: 716-720.
2. Pauwels, E.: Directives nouvelles pour le traitement chirurgical de la coxarthrose. *Rev. Chir. Orthop.*, 1959; 45: 681-702.
3. Chiari, K.: Osteotomy of the pelvis. *Clin. Orthop.*, 1974; 98: 55-62.
4. Scott J, Silas MD, Charles S, Resnik MD and Alan M, Levine MD: Bilateral primary cystic arthrosis of the acetabulum. *J. Bone J. Surg.*, 1966; 78-A: 175-178.
5. Maróttoli, O., Didier A.: *Bol. Soc. Cir. de Rosario*, 1953; 20: 150-164.
6. Ondrrouch, A.S.: Cyst formation in osteoarthritis. *J. Bone J. Surg.*, 1963; 45-B: 775-760.