

Trabajo del Servicio de Ortopedia y Traumatología de la Clínica Quirúrgica del Prof. Blanco Acevedo. — Médico Jefe, Dr. José Luis Bado

FORMACIONES QUISTICAS DEL CALCÁNEO

Ricardo J. CARITAT

Presentamos a la consideración de la Sociedad de Cirugía, un caso de "formación quística del calcáneo" que consideramos de interés por varios motivos:

- 1º La rareza de ese tipo de lesión a nivel del calcáneo;
- 2º La escasez de literatura a su respecto;
- 3º El hecho de ser el tercer caso que se publica con comprobación operatoria y estudio anatómo-patológico.

La observación resumida es la siguiente:

M. M. V., 26 años, sexo femenino. En setiembre de 1938 consulta por dolores en la parte externa del talón derecho, por debajo del maleolo externo, que experimenta desde hace un mes, intensos durante la marcha, calmados por el reposo.

Antecedentes. — Tifoidea hace un año y medio. Desde hace 5 años atiende bacilares.

Examen. — Buen estado general. Talón derecho no hay modificaciones apreciables a la inspección. La palpación de la cara externa por debajo y por delante del vértice del maleolo, es muy dolorosa. Funcionalidad del pie normal. Resto del examen sin particularidades.

Radiografía. — Imagen cavitaria del calcáneo, sin reacción condensante, límites netos, cortical íntegra. Secuestros centrales (fig. 1).

Diagnóstico. — A pesar de la ausencia de caracteres radiográficos netos de lesión inflamatoria crónica, pensamos pueda tratarse de un absceso tipo Brodie de origen tífico.

Otro diagnóstico probable; quiste simple del hueso.

Intervención. — Anestesia raquídea sin incidentes; abordaje de la cara externa del calcáneo, se talla un pequeño "volet" en la cortical que esta afinada, reducida a una delgada lámina; sale inmediatamente un líquido flúido, ligeramente turbio, con algunos grumos blanco-amarillento.

Con cureta se extraen tres secuestros del tamaño de un grano de maíz grande. La pared interna de la cavidad que no tiene tabiques, es lisa, regular, de color blanco anacarado. La cavidad es grande, ocupa la parte subtalámica del cuerpo del hueso y la casi totalidad de su apófisis anterior.

Se extrae material para cultivo y examen anatómo-patológico.

Relienado de la cavidad con virutas ósteoperiósticas tomadas de la tibia. Cierre por planos, yeso. Evolución sin incidentes.

En octubre de 1939 la enferma está curada, la cavidad aparece llena en las nuevas radiografías (fig. 2).

Resultado del estudio anatómo-patológico. — La investigación de microbios en el líquido, tanto el examen directo como los cultivos, han dado resultado negativo;

El examen de un fragmento de pared, revela *únicamente la existencia de atrofia de las trabéculas óseas. No se encontró revestimiento epitelial en ninguno de los campos examinados.*

En resumen:

Clinicamente, lesión que se manifiesta por dolores, sin proceso inflamatorio.

Radiográficamente, por su aspecto quístico.

Operatoriamente, cavidad con líquido y secuestros, pared regular, lisa, sin tabiques, pared blanco anacarada, ocupando la región subtalámica y gran parte de apófisis anterior.

Anatómo-patológicamente, ausencia de microbios, ausencia de revestimiento epitelial, existencia de atrofia de las trabéculas óseas.

Evolutivamente por su curación.

Consideraciones. — Estudiando la bibliografía sobre el tema, encontramos en el Boletín de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires, (Tomo XXIII - N° 19), correspondiente a la sesión del 23 de agosto de 1939, págs. 705 y siguientes), una publicación de los Dres. Marcelo Fitte y Jorge Mulcahy, referente a cuatro observaciones personales de "formaciones quísticas del calcáneo", comprobadas radiográficamente en sujetos de 14 a 32 años, que concurren a consultar por entorsis del cuello del pie: (el primero era un varón de 32 años, no se hace constar el momento de la entorsis ni el lado afectado; el segundo caso es el de una mujer de 28 años, entorsis del pie izquierdo cinco días antes; el tercero un muchacho de 14 años, pie izquierdo, entorsis dos días antes; y el cuarto se refiere a un varón de 32 años, pie derecho, entorsis

el mismo día de la consulta). Estos pacientes con anterioridad no habían acusado ningún malestar a nivel del pie afectado y en las radiografías se descubren sus formaciones quísticas localizadas entre cuerpo y gran apófisis. En tres de esos casos se hizo investigación radiográfica del calcáneo del lado opuesto con resultado negativo.

Esos pacientes no fueron sometidos a intervención quirúr-



FIG. 1

gica por haberla rechazado; la evolución ulterior de la lesión parece haber sido sin incidencias pues no volvieron a consultar.

A propósito de estas observaciones hacemos resaltar lo siguiente:

1º) Tolerancia absoluta de la lesión que sólo se descubre a un examen radiográfico por entorsis del cuello del pie;

2º Uniformidad del aspecto quístico a gran cavidad única y uniformidad de la localización entre cuerpo y gran apófisis (esta localización tiene importancia desde el punto de vista interpretativo);

3º Al parecer evolución sin incidentes (los pacientes no volvieron).

Los autores argentinos citados, después de compulsar la bibliografía mundial encuentran los siguientes casos publicados;

a) Uno de André Sobei presentado a la Société de Radiologie Medicale de Francia en 1936, correspondiente a un joven de 15 años en el cual se intervino quirúrgicamente, cureteando la cavidad y rellenándola con esquirlas óseas;

b) En la misma sesión el Dr. M. H. Beclere presentó una observación similar operada con la misma técnica y con idéntico buen resultado.



FIG. 2

El estudio del material retirado en esas dos intervenciones llevó a clasificar la lesión como un *quistes óseo esencial*.

c) En 1930 N. Ross Smith publica en el *Journal of Bone and Joint Surgery* la observación perteneciente a un varón de 53 años que consulta a su médico por dolores en ambos talones consecutiva a una caída de pie, de una escalera y en el cual las radiografías mostraron la lesión que el autor publica con el nombre de "cyst of the os calcis", y que hasta entonces había pasado desapercibida. El calcáneo opuesto estudiado radiográficamente era normal.

No hubo intervención quirúrgica por ser ella rechazada por el paciente.

El autor opina que se trata de una exageración del enrarecimiento óseo normal y no lo considera como un quistes óseo.

La constancia en la localización de la imagen quística entre

el cuerpo y la gran apófisis, justamente en la región subtalámica, ha llevado a los investigadores hacia la anatomía normal, la cual enseña que normalmente existe allí un enrarecimiento de la consistencia de la parte de hueso que queda por debajo de las líneas de fuerza que partiendo de un punto común a nivel del seno del tarso, se dirigen oblicuamente divergiendo y se dividen en dos grupos, uno hacia abajo y adelante y el otro abajo y atrás.

Existe pues, circunscrito por esos dos grupos, un punto débil



FIG. 3

en el calcáneo que se extiende hasta la cortical de la cara inferior, zona donde justamente asienta la lesión de aspecto quístico que nos ocupa.

Los Drs. Fitte y Mulcahy presentaron también junto con sus casos de "formaciones quísticas", una serie de radiografías de calcáneos normales en los cuales se podían observar distintos grados de esa rarefacción, que dicen debe ser considerada como fisiológica, lo cual los lleva a considerar esas formaciones quísticas como una "exageración de la rarefacción trabecular normal "del punto débil del calcáneo", y debida a una posible osteoclasia que lentamente conduce a la formación del seudo quiste radiográfico.

Recordemos que esta interpretación se encontraría abonada por nuestra observación, en la cual el estudio anatómo-patoló-

gico junto con la ausencia de revestimiento epitelial, puso de manifiesto el hecho positivo de la existencia de atrofia de las trabéculas óseas, en los fragmentos de la pared del pseudo quiste.

Además presentamos las siguientes radiografías que ponen de manifiesto la existencia del "punto débil" en el calcáneo de dos pacientes que vinieron a consultarnos por traumatismos triviales del pie (fig. 3 y 4).

Todo llevaría pues a considerar las formaciones quísticas

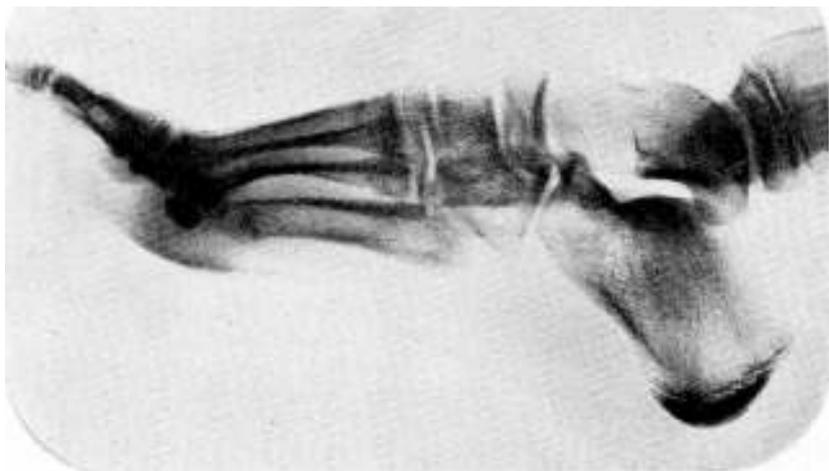


FIG. 4

esenciales del calcáneo, como la exageración, la magnificación del enrarecimiento que normalmente existe a ese nivel en el hueso.

Quedaría por dilucidar el mecanismo en virtud del cual se realiza o se exagera esa rarefacción normal, hasta llegar a constituir una lesión de aspecto quístico, es decir porque se exagera el proceso de osteoclasia normal.

Los Drs. Fitte y Mulcahy parecen admitir la posibilidad de que de acuerdo con "la función de apoyo del calcáneo, los traumatismos repetidos, aunque pequeños, juegan un papel determinante. Esto nos llevaría — agregan — a inclinarnos hacia la teoría traumática de estos quistes, por lo menos en lo que a este hueso se refiere".

Como objeción a esto diremos que no comprendemos dentro de la interpretación del trauma pequeño pero repetido, en función de apoyo — el porqué de la unilateralidad de la lesión; es de suponer que el calcáneo opuesto e indemne, realiza la misma función de apoyo que el calcáneo asiento de la lesión pseudo quística.

