

GANGLION INTRAÓSEO GIGANTE POR DEBAJO DE PROTESIS TOTAL DE RODILLA

AUTORES: DRA. C. POZO CANDIA, DR. A. ISIDRO, DR. A. MALIK, DR. J.M. CATALAN BORRAS, DR. S. LOSCOS ROMACHO, DRA.V. REVERTER BARRACHINA
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAGRAT COR, BARCELONA

Introducción

Presentamos el caso de una mujer de 77 años con antecedente de artroplastia total de rodilla derecha con prótesis no cementada y fijación de componente tibial con tornillos, quien sufrió una fractura patológica por insuficiencia de la diáfisis tibial derecha que fue diagnosticada por TAC.

Radiológicamente se observaba una lesión osteolítica de los 2/3 proximales de la tibia.

Debido a que la fractura no presentaba criterios quirúrgicos, se decidió manejo con yeso cruro-pédico. Se decide biopsiar la lesión observándose presencia de tejido de tipo mucoide y descartándose la presencia de células malignas. Se realiza drenaje quirúrgico de la lesión e injerto óseo luego de la consolidación de la fractura.

Materiales y metodología

Se realizó un abordaje antero-lateral de tibia y apertura de ventana ósea en diáfisis proximal de la tibia. Se evidenció la salida de líquido de aspecto gelatinoso y coloración ocre. Se retiró el contenido intralesional, incluyendo una pseudomembrana adherida a la cortical interna del hueso, los que fueron enviados para estudio anatomopatológico.

El sitio de abordaje óseo se definió considerando la distancia requerida para visualizar la metáfisis proximal mediante la introducción, en el canal intralesional, de una óptica de artroscopia de 30° de inclinación, con la que se realizó una revisión de los componentes protésicos de rodilla.

Finalmente, se rellenó el canal intralesional con injerto proveniente de banco de hueso.



Resultado

El estudio del tejido extraído resultó compatible con Ganglión. La paciente evolucionó con consolidación radiológica, mejoría clínica y hasta el día de hoy no hay evidencia alguna de recurrencia.



Objetivos

Según la literatura, la ubicación tibial de un ganglión no es habitual. Existe menos información aún de los gangliones de gran tamaño y casi nula respecto de su relación con componentes protésicos; es por esto que consideramos relevante el reporte de nuestro caso.



Conclusiones

Creemos necesario plantear la posibilidad de que el tipo de prótesis que porta nuestra paciente y el movimiento de sus componentes, sean responsables, en parte del desarrollo del ganglione intraóseo.

