

Quiste óseo simple en calcáneo, a propósito de un caso

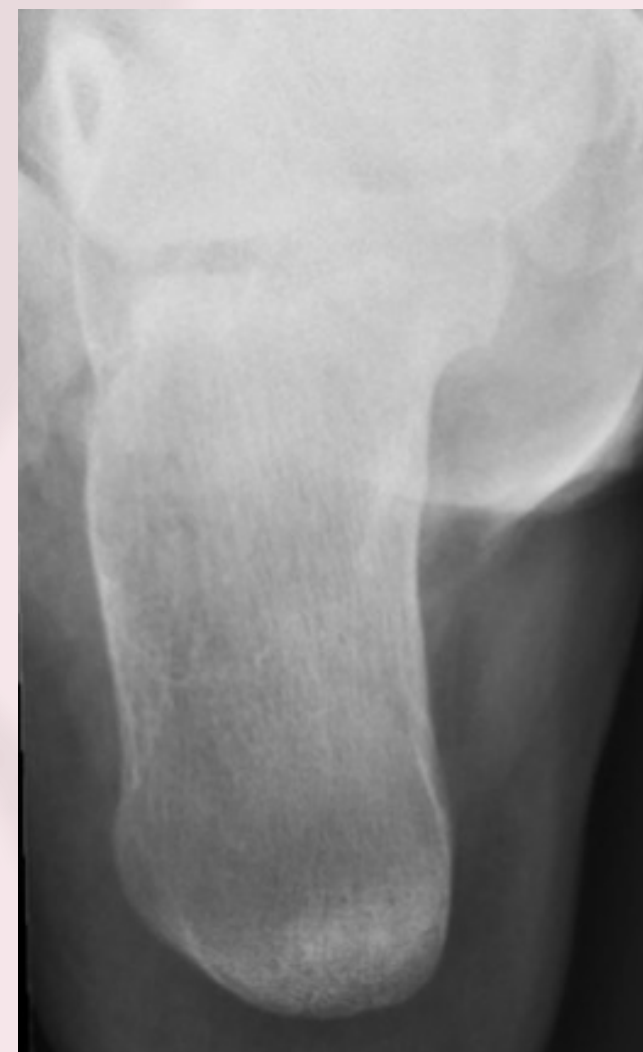
Carreño Felices, MJ; Velasco Vaquero, F; Cabrera Freitag, M; Martínez González, A; Portellano Pascual, I.
Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla", Centro Sanitario de Vida y Esperanza – Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Descripción y estudio de un caso clínico y revisión de la literatura relacionada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente varón de 17 años, en seguimiento en consultas de Traumatología por un **quiste óseo en calcáneo derecho** desde 2017. El día 03/06/2021 es diagnosticado de una **fractura no desplazada a nivel de la cortical subastragalina** del calcáneo derecho, sin antecedente traumático. Refiriendo dolor a la deambulación prolongada de 1 mes y medio de evolución. A la exploración, destaca un dolor difuso a la palpación del calcáneo, con BA completo no doloroso y deambulación con carga bien tolerada.



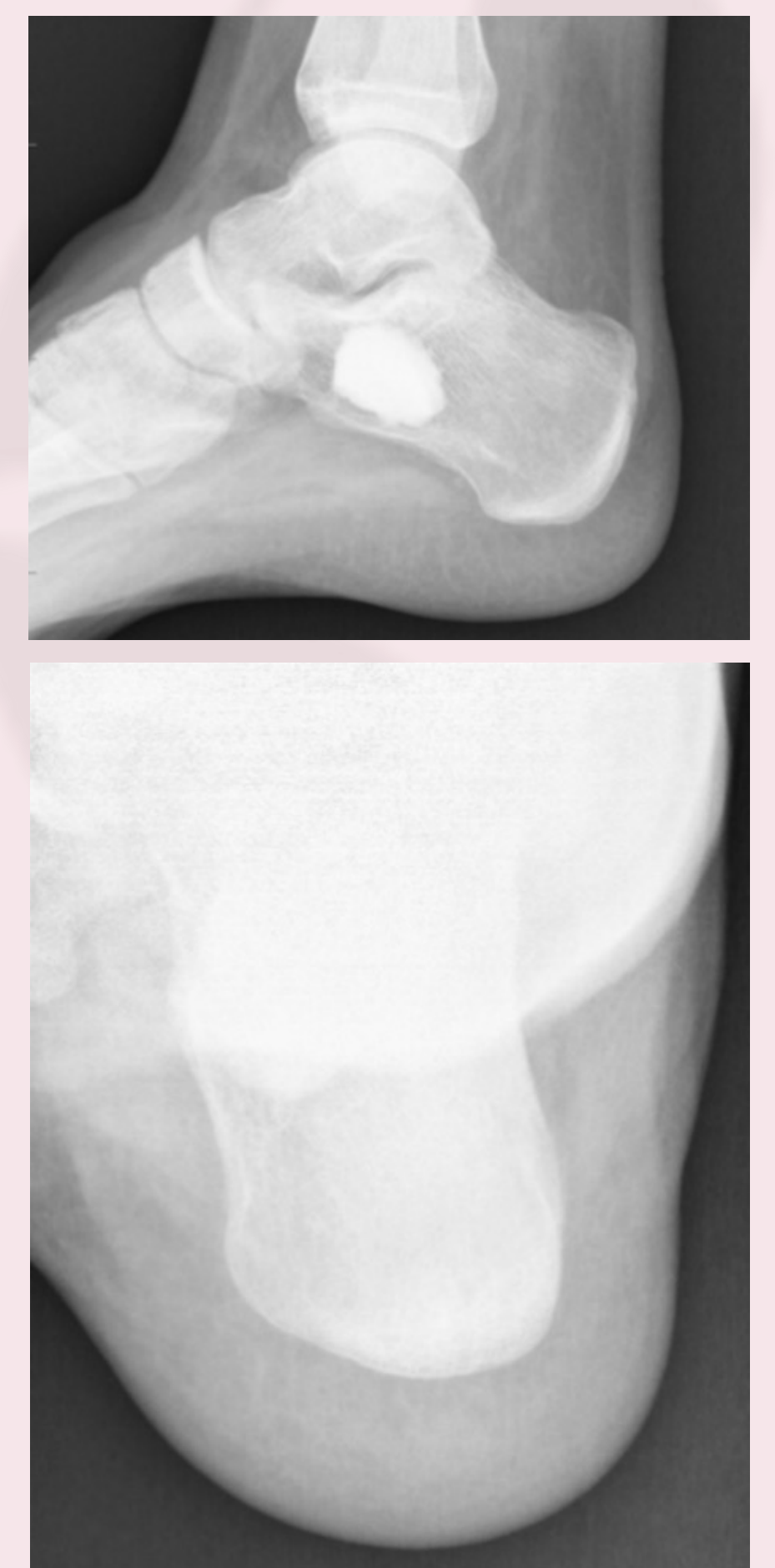
RESULTADOS

Procedimiento terapéutico:

El día 09/06/2021 es intervenido quirúrgicamente, a través de una ventana en la cortical externa del calcáneo, mediante drenaje del líquido intraquístico (de aspecto amarillento, levemente hemático), curetaje de las paredes de la cavidad y relleno del defecto con injerto óseo (HydroSet®).

Evolución y comentarios:

La anatomía patológica confirma el diagnóstico de **quiste óseo simple**. Se realiza descarga del miembro afecto (6 semanas), carga parcial con Walker (2 semanas), carga total con Walker (2 semanas) y, finalmente, carga total sin Walker. Al año de la intervención, se encuentra asintomático, con desaparición parcial de la pared esclerosa del quiste y sustitución progresiva del injerto por hueso trabecular.



CONCLUSIONES

- El **quiste óseo simple** en calcáneo constituye sólo el 1-5 % de todos ellos. Es una lesión benigna que suele ser asintomática, aunque puede producir dolor por microfracturas, pudiendo provocar el colapso de la articulación calcáneo-astragalina (cuando el tamaño del quiste es 1/3 de la masa del calcáneo), asociando deformidades y secuelas dolorosas crónicas si no se trata.
- El **diagnóstico diferencial** incluye: osteomielitis, pseudoquistes, pseudotumores hemofílicos, quistes óseos aneurismáticos, lipomas, granulomas eosinófilos solitarios y hemangioendoteliomas malignos, entre otros. Se confirma con TC, RM y el estudio histológico.
- El **tratamiento** incluye: observación (pueden curar espontáneamente durante la maduración esquelética), infiltración intralesional (con corticoides o médula ósea) o curetaje con perforación de las paredes y relleno con injerto óseo (autólogo, heterólogo o hidroxapatita). El uso de infiltraciones presenta altos porcentajes de recidiva. Siendo el tratamiento más eficaz el curetaje asociado a perforaciones, con aporte de injerto óseo.