

TUMORES DEL CALCÁNEO

P. CARPINTERO
M. ROMÁN
E. GASCÓN
P. LÓPEZ
A. CARPINTERO
M. MESA

SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA.
HOSPITAL UNIVERSITARIO «REINA SOFÍA» (CÓRDOBA)
FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

RESUMEN

Se han revisado trece pacientes con tumores benignos o lesiones seudotumorales del calcáneo, estudiando diferentes datos, describiendo su presentación clínica, diagnóstico, tratamiento y evolución, que en todos los casos fue favorable.

ABSTRACT

We are revised thirteen patients with benign tumors or tumorlike bone diseases located on the os calcis, for study different parameters and describing clinical features, diagnosis, treatment and evolution, in all cases it was satisfactory.

INTRODUCCIÓN

La talalgia es un motivo relativamente frecuente en nuestra especialidad, y creemos que es importante tener en consideración dentro de las posibles causas de una talalgia a la patología tumoral, ya que no podemos olvidar que es en el calcáneo donde se localizan con una mayor fre-

cuencia los tumores del pie, si bien los tumores y enfermedades seudotumorales del esqueleto tienen una escasa incidencia en esta región anatómica (menos del 1% de todos los tumores del aparato locomotor -2, 10-).

En su mayor parte se tratan de tumores benignos y lesiones seudotumorales, y los tumores malignos son excepcionales en esta localización. El tratamiento quirúrgico es el considerado de elección, y sus resultados suelen ser buenos aunque se han comunicado recidivas después de resecciones aparentemente completas (2, 8), pero esta incidencia no es la norma.

Por ello consideramos que es importante tener en cuenta los tumores y lesiones seudotumorales del calcáneo a la hora de hacer el diagnóstico diferencial de una calcaneodinia tras descartar las causas más frecuentes, como traumatismos, entesitis, infecciones o distrofias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos revisado las historias clínicas de 13 pacientes con tumores o lesiones seudotumorales que afectaban al calcáneo

tratados en los últimos 10 años en nuestro servicio. Se han recogido datos epidemiológicos (edad, sexo), clínicos (síntomatología, exploración física), exploraciones complementarias (tipos y hallazgos), intervenciones realizadas, Anatomía patológica, evolución y complicaciones.

RESULTADOS

La edad media de los pacientes fue de 27 años, con un rango de 8 a 45. En cuanto al sexo, 6 eran mujeres (46%) y 7 eran varones (54%). En ninguno de los casos revisados se encontraron antecedentes de interés.

El síntoma más frecuentemente observado fue el dolor en talón, que se presentó en 9 casos (69%), que aparecía de forma espontánea, o en relación con los ejercicios o con el uso de determinado calzado. En dos pacientes (15%) apareció después de un esguince de tobillo, y en otros dos se trató de un hallazgo casual en el curso de una exploración radiológica por otros motivos.

Los datos de la radiología simple variaron dependiendo del tipo de tumor o enfermedad seudotumoral, así en siete casos se pudo observar una imagen quística con bordes bien definidos, y en una de ellas con focos de calcificación en su interior (Fig. 1). En cinco casos aparecían imágenes de condensación ósea (Fig. 2 y 3), y en un caso se apreciaba una neoformación de forma sesil que nacía de la cara lateral e inferior del calcáneo (Fig. 4).

En las exploraciones que se realizaron mediante tomografía axial computerizada, se encontraron imágenes líticas en dos casos (Fig. 5), y lesiones condensantes en otros dos (Fig. 6).

En dos casos se realizó punción biopsia previa al procedimiento terapéutico, las cuales indicaron la existencia de un lipoma intraóseo y de un quiste óseo esencial.

El tratamiento fue quirúrgico en nueve de los casos (69,2%). Consistiendo éste en la extirpación en bloque de la lesión, seguida de injerto óseo, si el defecto óseo resultante era importante. Un paciente fue tratado mediante inyecciones intralesionales de acetato de 6-metil prednisolona al tratarse de un quiste óseo esencial, y en los tres casos restantes se decidió por la observación de la lesión.

En el estudio histopatológico, los datos obtenidos confirmaron los diagnósticos de presunción, y éstos fueron: tres lipomas intraóseos, tres quistes óseos esenciales, dos casos de melorreostosis, y un caso de osteocondroma, encondroma y osteoma intraesponjoso (enostosis) respectivamente.

El tratamiento se mostró efectivo en todos los casos, sin presentar ningún paciente complicaciones en el postoperatorio inmediato, ni recidivas durante el período de tiempo en el que han sido revisados (media de 4, 7 años).

DISCUSIÓN

Los tumores que afectan al calcáneo son afecciones de escasa incidencia (10). Debido a las características estructurales del calcáneo, las características clínicas y morfológicas de estos tumores pueden ser diferentes de los que se localizan en otros huesos del esqueleto. Así, al ser un hueso con gran cantidad de esponjosa, el crecimiento tumoral se ve favorecido, así como la sintomatología dependiente del mismo. Esto lo hemos podido comprobar en los pacientes que presentaban *Osteomas osteoides*, que al desarrollarse en tejido esponjoso, producen poca o ninguna reacción perifocal visible en radiografía simple, pero que sin embargo se podía apreciar en la T.A.C. (Fig. 3 y 6). El resto de las manifestaciones clínicas han sido similares a las de otras localizaciones (3, 6, 8).



Fig. 1. Imagen quística en la región subtalámica con pequeños focos de calcificación. Encondroma.



Fig. 2. Zonas de condensación irregular en calcáneo y cuboides, típicas de la Melorreostosis.



Fig. 3. Pequeña zona de condensación en la porción inferior del calcáneo. Pertenece a un paciente con Osteoma Osteoide.



Fig. 4. Excrecencia sesil que emerge del aspecto inferior del calcáneo. Osteocondroma.



Fig. 5. T.A.C. Corte coronal del calcáneo. Se aprecia formación quística de bordes bien definidos y crestas óseas superior e inferior. Lipoma intraóseo

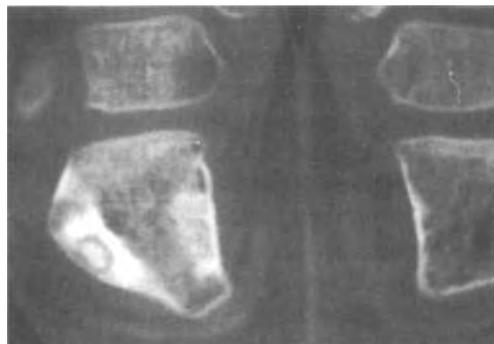


Fig. 6. T.A.C. Corte coronal. (Mismo paciente que figura 3). Se puede apreciar «nidus» rodeado de halo escleroso en la cara externa del calcáneo, y que corresponde a un Osteoma Osteoide.

También hemos podido comprobar la frecuencia relativamente alta de lipomas intraóseos en esta localización, ya que aunque se trata de un tumor raro, cuando afecta al pie lo hace casi exclusivamente al calcáneo (4, 9, 11).

Los *quistes óseos esenciales* también son relativamente frecuentes en esta localización, principalmente en zona subtalámica; debido a que es un área de trabeculación débil, se desarrolla sin apenas resistencia. No hay que confundirlos con las lagunas subtalámicas infantiles (1). Las características clínicas que presentaban nuestros pacientes, tampoco han discrepado con las comunicadas por otros autores (5, 7), y su tratamiento fue efectivo tanto mediante la extirpación y relleno de injerto óseo, como mediante la técnica de Scaglietti (7, 12), inyectando acetato de 6-metil prednisolona, aunque hay autores que no han obtenido buenos resultados con la misma, cuando los quistes óseos esenciales asientan en el calcáneo (2).

Los otros tumores que aparecieron con menor frecuencia, como las *enostosis*, *encondromas* y *ostecondromas*, son considerados por algunos autores como hamartomas (6, 7, 13), aunque tienen que ser tratados y vigilados, pues aunque muy rara, existe la posibilidad de malignización de los mismos (6).

Por último la *melorreostosis*, que es una forma rara de hiperostosis, ha sido encontrada en dos de nuestros pacientes; su clínica consistía en molestias ocasionales que cedían con la administración de antiinflamatorios no esteroideos. El examen radiográfico suele ser concluyente. El tratamiento considerado por nosotros ha sido la observación de la evolución de las lesiones, no requiriendo intervención quirúrgica hasta este momento, y realizando los pacientes una vida completamente normal.

Por todo ello concluimos que hay que tener presente la etiología tumoral como

causa de una talalgia, pues aunque rara puede producirla, y su tratamiento es de una gran efectividad.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) BEDOUELLE, J.; CARRE, J.P.: Kystes essentiels des os. *Encycl Méd Chir. París, Appareil locomoteur, 10-030-c-50*, Editions Techniques, París, 1980.
- (2) BORIANI, S.; BIAGNI, R.; RUGGIERI, P.: Tumores óseos del pie: Experiencia del Instituto Ortopedico Rizzoli. *Rev Med Cir Pie. 1: 71-81, 1992.*
- (3) CAMPANACCI, M.; RUGGIERI, P.: Tumeurs osseuse á histogenése adipeuse et mixte. *Encycl Méd Chir. París, Appareil locomoteur, 10-030-F-10*, Editions Techniques, París, 1993.
- (4) CAMPANACCI, M.; GIUNTI, A.; LEONESSA, C.: Pathological fractures in osteopathies and bony dysplasia. *Ital J Orthop Trauma Suppl 1: 38-45, 1975.*
- (5) CAMPANACCI, M.; RUGGIERI, P.: Lesions pseudotumorales. 18. *Encycl Méd Chir. París, Appareil locomoteur, 10-030-K-10*, Editions Techniques, París, 1993.
- (6) CAMPANACCI, M.; RUGGIERI, P.: 30. Tumeurs osseuses á histogenése cartilagineuse. *Encycl Méd Chir. París, Appareil locmomoteur, 14-030-C-10*, Editions Techniques, París, 1992.
- (7) CARNESALE, P.G.: Tumores óseos benignos. *Cirugía ortopédica. 318-345*. Ed. Panamericana, Buenos Aires, 1993.
- (8) CHANG, J.L.; LLOYD IRELAND, M.: Osteoid osteoma of the os calcis in a teenage athlete. *Med Sci Sports Exerc. 25: 12-8-1993.*
- (9) DAHLIN, J.L.; UNNI, K.K.: Bone tumors. General aspects and data on 8.542 cases. 185-189. Charles C. Thomas, Springfield, 1986.

(10) FERRÁNDEZ PORTAL, L.; RAMOS PASCUA, L.: Tumores óseos benignos y lesiones pseudotumorales del pie. *Rev Med Cir Pie.* 1: 65-70, 1992.

(11) MILGRAM, J.M.: Intraosseous lipomas. Radiologic and pathologic manifestations. *Radiology*, 167: 155-160. 1988.

(12) SCAGLIETTI, C.; MARCHETTI, P.G.; BARTOLOZZI, P.: The effect of methylprednisolone acetate in the treatment of bone cyst: results of three years follow-up. *J Bone Joint Surg (Br)* 61: 200-204, 1979.

(13) SCHAJOWICZ, F.: Tumors and tumorlike lesions of bone. 29-35. Springer-Verlag. Berlín, 1994.