



ORIGINAL

Mionecrosis calcificante de la pierna

F. Portabella^{a,*}, J.A. Nárvaez^b, R. Llatjos^c, J. Cabo^a, M. Maireles^a, C. Serrano^a, S. Pedrero^a, E. Romero^a, O. Pablos^a y A. Saborido^a

^a Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Universitario de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^b Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^c Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

Recibido el 12 de junio de 2011; aceptado el 31 de julio de 2011

Disponible en Internet el 17 de setiembre de 2011

PALABRAS CLAVE

Mionecrosis calcificante;
Pierna;
Infección

KEYWORDS

Calcific myonecrosis;
Leg;
Infection

Resumen La mionecrosis calcificante es una rara secuela postraumática que se localiza casi exclusivamente en la extremidad inferior, y que puede ser confundida con una neoplasia primaria agresiva. Esta lesión, descrita inicialmente por Gallei y Thompson en 1960, se caracteriza por la formación de una masa calcificada que aparece varias décadas después de un traumatismo. El mecanismo fisiopatológico no es conocido, sin embargo la lesión parece que es debida a una isquemia postraumática y puede asociarse con una lesión del ciático poplíteo externo. La imagen radiográfica típica es una masa de partes blandas fusiforme con calcificaciones lineales. El tratamiento de elección es conservador en los casos asintomáticos ya que el tratamiento quirúrgico tiene un alto porcentaje de complicaciones.

Presentamos 4 casos de mionecrosis calcificante tratados quirúrgicamente en nuestro hospital. Tres de los casos se infectaron por lo que precisaron sendos desbridamientos y terapias especiales para su resolución definitiva.

© 2011 SECOT. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Calcific myonecrosis of the leg

Abstract Calcific myonecrosis is a rare post-traumatic sequela almost exclusively located in the lower extremity, which can be mistaken for an aggressive primary neoplasm. This lesion, initially described by Gallei and Thompson in 1960, is characterized by the formation of a calcified mass that appears decades after trauma. The pathophysiologic mechanism is not fully understood, although the lesion most likely results from post-traumatic ischemia and it may be associated with a common peroneal nerve injury. The typical radiographic image is a fusiform soft tissue mass with linear calcifications. The treatment of choice is conservative in asymptomatic patients because the surgical treatment has a high complication rate.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fedeportabella@gmail.com (F. Portabella).

We report four cases of calcific myonecrosis treated surgically in our hospital. Three of the cases had an infection as a complication that required subsequent debridement and special therapies to achieve the resolution of the cases.

© 2011 SECOT. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La mionecrosis calcificante es una complicación poco frecuente que ha sido descrita como una secuela crónica de un traumatismo de la extremidad inferior asociado, en la mayoría de casos, a una lesión nerviosa y/o vascular con o sin evidencia clara de síndrome compartimental.

Los pacientes refieren antecedentes de una fractura de fémur o tibia que evolucionó con complicaciones vasculares y/o nerviosas y que al cabo de muchos años notan la presencia de una tumoración de partes blandas, no dolorosa, que ocupa la cara antero-externa de la pierna. La exploración física muestra una masa de partes blandas de gran tamaño localizada en el compartimento anterior de la pierna, fluctuante, no dolorosa y en ocasiones a tensión. El aspecto radiográfico típico es una masa larga fusiforme de partes blandas con calcificaciones lineales en su interior y bordes bien definidos.

Estos hallazgos radiográficos han de permitir establecer el diagnóstico diferencial con otras causas de masas de partes blandas como abscesos, miositis osificante o sarcomas de partes blandas, motivo este último por lo que los pacientes son remitidos a las unidades de patología tumoral.

El objetivo de nuestro trabajo es presentar 4 casos de mionecrosis calcificante de la pierna tratados en nuestro hospital en los últimos años y efectuar una revisión de la literatura de una entidad poco conocida y que puede plantear problemas diagnósticos. Tres de nuestros pacientes fueron remitidos a la Unidad de Tumores con la orientación diagnóstica de sarcoma de partes blandas y el cuarto acudió a urgencias con la sospecha clínica de infección aguda de partes blandas en la extremidad inferior.

Casos clínicos

Caso 1

Varón de 55 años con antecedentes de fractura supracondílea de fémur que fue tratada mediante osteosíntesis, 34 años antes de que nos fuera remitido a nuestra Unidad de Tumores. En la anamnesis realizada el paciente refería que después de ser operado presentó hematomas de repetición en la pierna, que precisaron sucesivos desbridamientos; como secuela quedó una lesión del nervio ciático que precisó una transposición tendinosa para corregir el pie equino residual. Posteriormente presentó cuadros de hinchazón de la extremidad que se resolvían de forma espontánea, hasta hace 4 años que acudió a su hospital por persistencia de una tumoración que no desaparecía como en ocasiones anteriores: el diagnóstico fue quiste sinovial y ante el crecimiento progresivo de la tumoración y el aumento de dolor, le realizaron una resonancia magnética (RM) que fue informada como sarcoma de partes blandas, motivo por el cual lo remitieron a la unidad de tumores. A la exploración presentaba buen estado general, no síndrome tóxico y

destacaba la presencia de una masa de partes blandas de unos 20 cm, de consistencia dura, bien delimitada y a tensión, que ocupaba todo el compartimento anteroexterno de la pierna. Las radiografías mostraban una tumoración fusiforme con calcificaciones en su interior y con erosión a nivel de la cortical tibial (fig. 1A). En la tomografía computarizada (TC) se apreciaba una masa de partes blandas en íntimo contacto con la cortical anterior y lateral de la tibia, con múltiples calcificaciones irregulares tanto a nivel central como periférico (fig. 1B). En la RM (fig. 1C) la lesión tenía áreas hipointensas que erosionaban la cortical tibial con disrupción de la misma. Se observaban imágenes sugestivas de calcificaciones y márgenes irregulares e hipointensos que traducen existencia de hemosiderina secundaria a hemorragia intralesional. A pesar que la historia clínica y las pruebas complementarias no sugerían un sarcoma, realizamos una punción biopsia que descartó la presencia de células tumorales y posteriormente efectuamos un desbridamiento amplio de la masa de partes blandas obteniendo líquido con aspecto de café con leche, múltiples calcificaciones alargadas, tejido mucoide degenerado con necrosis muscular y restos de hematoma organizado. Se logró extirpar la casi totalidad de la masa y los cultivos practicados fueron negativos. El estudio anatomopatológico mostraba necrosis muscular y material óseo calcificado, que sugerían el diagnóstico de mionecrosis calcificada. La evolución fue satisfactoria, obteniendo la cicatrización correcta de la herida y el paciente mejoró clínicamente. A los 7 años de evolución no se evidenció recidiva.

Caso 2

Paciente de 64 años con antecedentes de fractura de tibia 12 años antes, que fue tratada con yeso cruropédico. En la anamnesis realizada el paciente recuerda la presencia de hematomas de repetición a nivel de la pierna que obligaron a realizar punciones de repetición para evacuarlos. Como secuela de todo el proceso quedó un equinismo residual, que obligó a realizar una plastia de tibia posterior. Unos años antes de acudir a nuestra consulta el paciente notó la presencia de una tumoración de consistencia dura, que iba creciendo de forma progresiva, no dolorosa, pero debido al tamaño que tenía fue remitido a nuestro centro con la sospecha de tumoración maligna o miositis osificante. Una vez realizado el estudio radiográfico y la RM se estableció el diagnóstico de mionecrosis calcificante (fig. 2). Dado que estaba asintomático y ante las posibles complicaciones del tratamiento quirúrgico se decidió, de acuerdo con el paciente, un control evolutivo. A los tres años un mínimo traumatismo le produjo una herida por la que drenaba material hemático y esfacelos. Fue intervenido realizando un desbridamiento quirúrgico de la lesión saliendo material hemático, musculatura necrosada y múltiples calcificaciones. Se consiguió el cierre de la herida con drenajes. A las dos semanas presentó una

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4086537>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4086537>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)