

GANGLIÓN PERIÓSTICO. A propósito de dos casos.

M^a J Sangüesa Nebot, R Fernández Gabarda, F Cabanes Soriano.

Hospital Arnau de Vilanova. Valencia.

CASO CLÍNICO 1

Mujer de 61 años de edad que consulta por tumoración en cara medial tercio proximal de pierna izquierda de unos dos meses de evolución.

Refería que esta tumoración la había tenido tres meses antes, siendo realizada una exografía en otro centro que la describía como "imagen nodular con contenido líquido encapsulado que sugiere quiste de origen sérico". La tumoración desapareció espontáneamente para reaparacer un mes después.

En el momento de consultar en nuestro servicio se apreciaba a la palpación un nódulo bien definido de consistencia firme y elástica de aproximadamente 2 x 2 cm en la cara anteromedial proximal de la pierna izquierda, aparentemente adherido a la tibia.



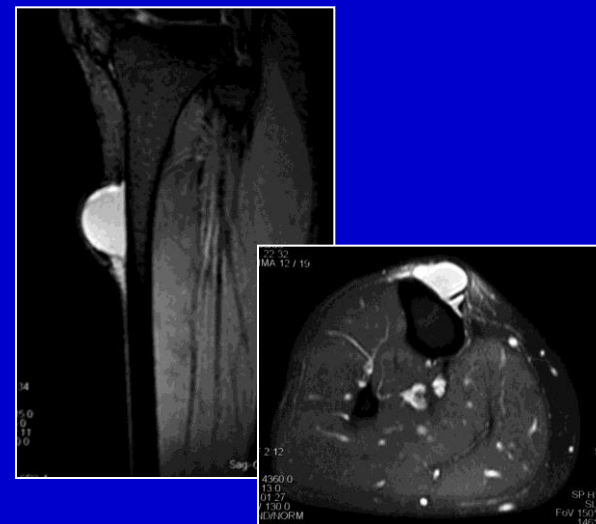
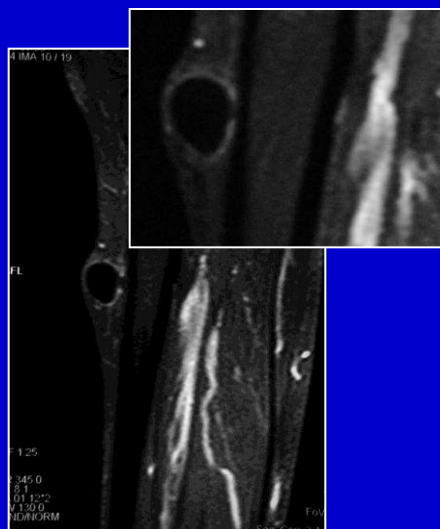
La radiología simple no mostraba alteraciones. En la RMN se describía una tumoración quística parcialmente lobulada en la cara anteromedial de la diáfisis tibial.

La punción-evacuación permitió obtener un material de aspecto mucinoso espeso; su inmediata recidiva llevó a realizar la resección-biopsia de una tumoración de aspecto compatible con ganglión dependiente del periostio confirmándose el diagnóstico con el estudio anatomopatológico.

A los tres meses de la cirugía se produjo una recidiva de la tumoración.



Radiología simple. Se observa una tumoración de partes blandas que impronta sobre la cortical que muestra una reacción ósea perióstica festoneada.



RMN. Describía una colección homogénea bien delimitada con contornos regulares que afectaba la cortical anteromedial de la tibia. Era una imagen de baja intensidad en T1 y alta intensidad en T2.

Se realizó resección amplia de la lesión, con estudio anatomopatológico incluido del hueso sobre el que asentaba, confirmándose el diagnóstico de ganglión perióstico.

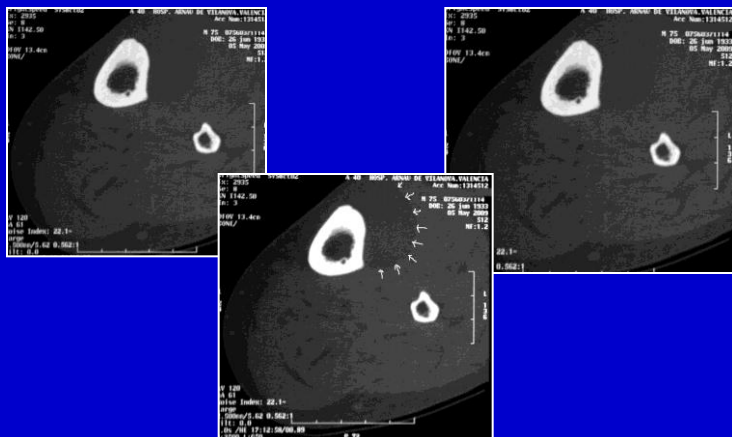
Tres años después la paciente permanece asintomática.

CASO CLÍNICO 2

Varón de 75 años de edad, portador de artroplastia total de rodilla bilateral (9 años de evolución la izquierda y 6 años la derecha) que consultó por una tumoración unas semanas de evolución de consistencia elástica a nivel del tercio medio de la cara medial de la pierna derecha.

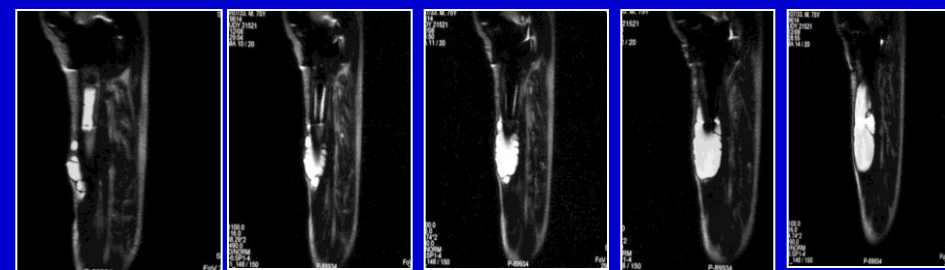
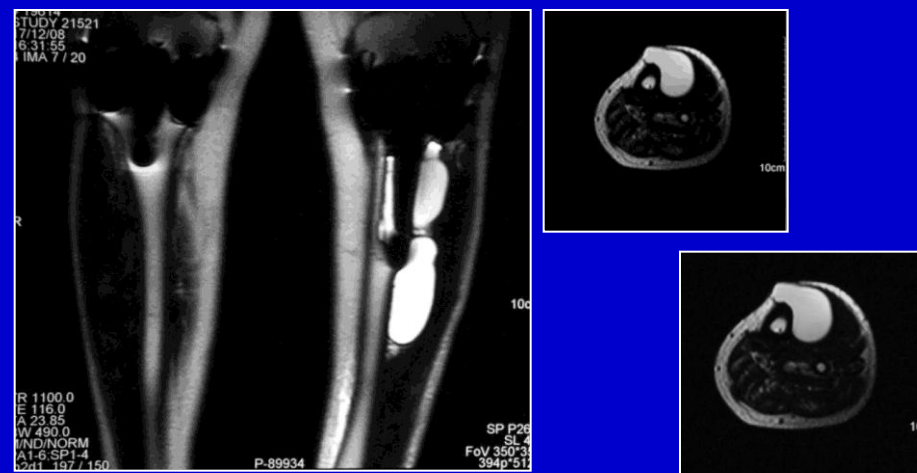


Dado el escaso tiempo de evolución de la lesión, en la radiología simple se apreciaba la tumoración de partes blandas sin otros hallazgos adicionales.



Se solicitó una Tomografía Axial Computarizada (TAC) que mostraba una masa de partes blandas de 7.5 x 3.5 x 2 centímetros homogénea y bien delimitada que erosionaba el periostio externo con esclerosis ósea reactiva. La punción bajo control ecográfico obtuvo líquido mucoso.

Dos meses después de la evacuación por punción, recidivó.



En la RMN realizada tras la recidiva se apreciaba una colección quística lobulada bien delimitada y homogénea, que típicamente mostraba una señal de baja intensidad en T1 y de alta intensidad en T2.

La extirpación amplia de la lesión permitió confirmar el diagnóstico de ganglión perióstico.

Tras un post-operatorio sin incidentes, el paciente permanece asintomático dos años después.

DISCUSIÓN

- ✓ El ganglión perióstico es una patología excepcionalmente rara. Como el resto de los gangliones es el resultado de una degeneración mucoide del tejido conectivo.
- ✓ Su localización más frecuente es la parte antero medial de la tibia. Y suele presentarse en pacientes entre la cuarta y séptima décadas.
- ✓ Habitualmente se presenta como una tumoración escasamente dolorosa, relativamente blanda y ligeramente móvil.
- ✓ La degeneración mucoide en el periostio forma una masa quística subperióstica que puede traducirse en la radiología simple con una erosión en la cortical externa de forma festoneada irregular, incluso con alguna espícula de hueso reactivo en periostio.

- ✓ En función de la clínica y la radiología simple se plantea el diagnóstico diferencial con: condroma perióstico, osteosarcoma perióstico (quizá el más similar radiológicamente), osteosarcoma, hematoma subperióstico, lipoma subperióstico, absceso subperióstico, tumor de células gigantes.
- ✓ La Resonancia Nuclear Magnética es actualmente la mejor arma diagnóstica para este tumor. Con ella se observan imágenes bien delimitadas, lobuladas, de baja intensidad en T1 y alta intensidad y homogéneas en T2.
- ✓ Los objetivos del tratamiento quirúrgico son quitar el dolor y confirmar la benignidad. El tratamiento es la exéresis que incluya la pared del ganglión con márgenes aparentemente normales.
- ✓ La lesión puede recidivar no debiéndose atribuir la misma a una escisión inadecuada; puede empezar otra degeneración mucoide en el tejido conectivo que ocupa el defecto quirúrgico ó en el que está adyacente al sitio de extirpación.