

radiografías mostraban calcificación entre 5-6 cervical, 7-1 dorsal, 3-4, 5-6 y 8-9 dorsales. El cuadro agudo desapareció en pocos días con inmovilización ortésica. Dos años más tarde, al realizar gimnasia acrobática, siente una súbita dorsalgia sin compromiso neurológico. Las radiografías muestran persistencia de las calcificaciones. La resonancia magnética muestra hernia de disco entre la 5-6 dorsal. Fue tratada con reposo y antiinflamatorios, cediendo en pocos días la sintomatología.

También tuvimos ocasión de estudiar un pa-

ciente de 35 años, que se quejaba de dorsalgias bajas. La radiografía muestra calcificación de los espacios entre 11-12 dorsal y 12-1 lumbar. ¿Se trataba de una persistencia de calcificación discal de la infancia o estaremos en presencia de un proceso degenerativo precoz?

Por los antecedentes presentados, si bien algunos pacientes reabsorben espontáneamente, en otros persiste una labilidad local que los hace pasibles de trastornos alejados de cierta complejidad.

ISSN 0325-1578

Rev. Asoc. Arg. Ortop. y Traumatol., Vol. 57, N° 1, págs. 112-113

7ª Sesión Ordinaria (30/6/1992)

## Quiste gigante de pantorrilla en artritis reumatoidea

Dr. EDGARDO CASSULLO\*

Las manifestaciones intra y/o paraarticulares de la artritis reumatoidea son bien conocidas. También lo son las bursitis o quistes del semimembranoso y/o del gemelo interno de etiología artrósica, inflamatoria o traumática, como manifestación de una sinovitis en caso de existir una comunicación articular.

Pero la vinculación de estos quistes con la artritis reumatoidea es poco considerada, lo cual explica la escasa bibliografía mundial existente en una patología no excepcional.

En el año 1978, conjuntamente con los doctores Antonio E. Grossi y Armando Rebechini, presentamos en el XV Congreso Argentino de Ortopedia y Traumatología, 7 pacientes con ocho bursitis reumatoideas, de las cuales tres se extendían a la pantorrilla pero sin llegar al tamaño del actualmente descrito.

Paciente R.E., sexo masculino, 67 años de edad, H.C. 164735 del Hospital Municipal General de Agudos Carlos Durand, con poliartritis reuma-

toidea que afectaba dedos, muñecas y rodillas, tratada con corticoides por espacio de cinco años. Hace tres años comenzó con dolor poplíteo y en pantorrilla izquierda en la marcha. Hace un año notó una tumoración en la mencionada pantorrilla con aumento progresivo de su volumen y de la sintomatología.

El examen clínico y de laboratorio revelaba el diagnóstico de una artritis reumatoidea crónica. La rodilla tenía derrame, y en la pantorrilla se apreciaba una gran masa dura, adherente a los planos profundos, que se extendía desde el hueso poplíteo hasta la unión musculotendinosa del tríceps. Se le efectuó una artrografía que reveló un gran quiste de pantorrilla en comunicación con la cavidad articular de la rodilla, con defectos en el relleno de la sustancia opaca correspondiente a acúmulos de fibrina aglutinada.

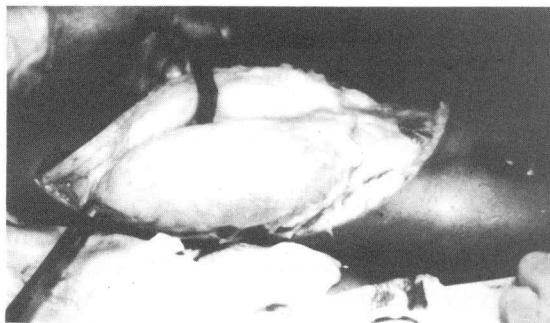
Mediante un amplio abordaje posterior de hueso poplíteo y de pierna se extirpó el quiste poplíteo (en comunicación con articulación) y el de pantorrilla. Este último, de 18 cm por 6 cm por 4 cm, se continuaba con el poplíteo por una vinculación estrecha.

El quiste se reseco con facilidad, liberando las

\* French 2411, (1125) Buenos Aires.

fibras del gemelo interno al cual estaba muy adherido. Su contenido era líquido sinovial con grumos de fibrina. La biopsia de la pared reveló los cambios histológicos de una inflamación reumatoide.

Debe considerarse el diagnóstico diferencial con tumores y tromboflebitis.



ISSN 0325-1578

Rev. Asoc. Arg. Ortop. y Traumatol., Vol. 57, Nº 1, págs. 113-114

3ª Sesión Ordinaria (28/4/1992)

317

## DISCUSION Y CIERRE DE DISCUSION DE TRABAJOS ANTERIORES

# Luxación de cadera luego de la osteotomía de Salter

(Dr. Alberto O. Cáneva, Vol. 56, Nº 4, págs. 491-500)

### CIERRE DE DISCUSION

**Dr. Alberto O. Cáneva:** Los datos bibliográficos aportados por el Dr. Ghirardi indudablemente han mejorado la calidad de la presentación.

Las cifras por él traídas evidencian que esta complicación en algunas estadísticas llega a superar el 5%.

Concordamos totalmente en que las luxaciones anteriores suelen ser debidas a la exagerada anteversión, que la operación de Salter, en contra de los postulados iniciales de este autor, no llegó a mejorar.

Otro punto de los muchos de coincidencia que tenemos es que, si bien el límite de remodelación espontánea no es los 18 meses, alargar la espera encierra más inconvenientes que ventajas.

Y por supuesto que los resultados pobres o malos se suelen producir de los tres años para arriba.

Preferimos realizar la osteotomía con escoplo laminar, de acuerdo con lo preconizado por Ferré

en 1974, porque nos ha resultado más simple que hacerlo con la sierra de Gigli.

Y volvemos a coincidir plenamente respecto de asegurar el desplazamiento obtenido empleando más de una clavija. En nuestros primeros casos, cuando usábamos una sola, tuvimos un redespazamiento de la osteotomía y al reoperar ese enfermo terminamos con uno de nuestros malos resultados.

Coincidimos con la propuesta de realizar antes de la reducción definitiva, luego de haber hecho todos los tiempos de partes blandas, la operación de Salter para tener una buena visión de la corrección obtenida y luego recién hacer la reducción definitiva de la cadera.

Al Dr. Groiso deseo reconocerle su clara exposición respecto de las características de la operación de Salter con las posibles limitaciones de la abducción y de la flexión motivada por los desplazamientos geométricos que hacemos con el acetábulo. Coincidimos también en que la osteotomía femoral no puede nunca mejorar un acetábulo por