

# TUMORES BENIGNOS DE ISQUIÓN EN NIÑOS

## Descripción de 4 casos

Dr. Guillermo Ocete\*, Dr. Román Capdevila Leonori\*\*,  
Dr. Santiago Amaya\*\*\*

\* Consultante, Ortopedia infantil, Hospital Ramón y Cajal, Madrid-España.

\*\* Consultante ortopedia, Hospital Shriners para Niños, México, D.F.

\*\*\* Jefe de Servicio, Ortopedia infantil, Hospital Ramón y Cajal, Madrid-España.

### RESUMEN

Se realizó un seguimiento a largo plazo de cuatro pacientes pediátricos con tumores óseos benignos del isquión. Se estableció el diagnóstico radiológico y anatomo-patológico y se realizó tratamiento quirúrgico en todos los casos. En el momento actual no hay evidencia de crecimiento tumoral, todos los pacientes se encuentran asintomáticos y llevan una actividad de vida normal. Debido a la poco frecuente localización y los resultados obtenidos concluimos que los tumores benignos de isquión pueden ser tratados sin complicaciones y con excelentes resultados a largo plazo.

Palabras clave: Isquión, tumor benigno, resección, niños.

### INTRODUCCIÓN

Las lesiones tumorales en los huesos pélvicos corresponden a un 9 por ciento del total de los tumores en niños. Según datos estadísticos, los tumores primarios de pelvis se encuentran en un cuarto a quinto lugar entre todas las localizaciones de tumores óseos, esta frecuencia aumenta si sólo se toman en cuenta los tumores en huesos planos<sup>(4,16)</sup>.

En una serie de 234 tumoraciones pélvicas, 62.8% resultaron ser malignas, lo cual se correlacionó con la edad y el grado de Lodwick<sup>(6,7)</sup>. Los autores concluyen que cuanto más joven es el paciente, más agresivamente puede crecer una lesión benigna, la cual disminuye al aumentar la edad. Del total de las lesiones sólo el 13.2 por ciento se encontraban en isquión, siendo el hueso más afectado el ala del ilíaco<sup>(3,7)</sup>.

Poco hay publicado acerca de tumores en isquión, siendo ésta una localización poco frecuente. En ocasiones, la afección suele ser poliostótica en niños o metásttica en adultos<sup>(12)</sup>. De 58 casos de tumores de células gigantes en la pelvis, en la serie de Osaka y Toriyama<sup>(11)</sup>, únicamente dos se localizaron en el isquión.

Toma y Cols.<sup>(15)</sup> reportan un solo caso de quiste óseo aneurismático en un niño de 12 años y hacen referencia

### ABSTRACT

A long term follow up was done in four pediatric patients with benign bone tumors of the ischium. Radiologic and anatomo-pathologic diagnosis was established and surgical treatment was done in all cases. At the moment there is no evidence of recurrence, all patients are asymptomatic and with normal lives. Because of the low frequency and the results we concluded that benign tumors of the ischium can be treated without complications and excellent long term results.

Key words: Ischium, benign tumor, resection, children.

a la superioridad de la IRM para establecer los bordes de la lesión y la posible afección a tejidos blandos.

De Camargo y Cols.<sup>(2)</sup> publicaron un caso de granuloma eosinófilo en el isquión, el cual cedió al tratamiento con esteroides.

La frecuencia de osteoma osteoide en la rama isquiática es de 1.2 a 2.7 por ciento de las localizaciones de esta lesión y las descripciones sobre la misma son casos aislados<sup>(1,8)</sup>.

Saglik y Cols.<sup>(13)</sup> describen un caso de quiste óseo aneurismático en isquión, mencionando la rareza de la localización, así como su desaparición espontánea después de una toma de biopsia abierta.

El propósito de este trabajo es describir 4 casos de tumores benignos de isquión en niños, el tratamiento empleado y su evolución a largo plazo. Consideramos esta publicación de gran importancia debido a la poca casuística que se ha encontrado al respecto.

### PACIENTES Y MÉTODOS

En el servicio de ortopedia infantil del Hospital Ramón y Cajal en Madrid, España, entre 1983 a 1990, hemos tratado 4 casos de tumor primario benigno de isquión en niños, todos de sexo masculino (Tabla 1). La edad media fue de 9.2 años (mín. 4 años, max. 13 años),

TABLA I. Características de los pacientes

Caso	Edad	Sexo	Diagnóstico	Datos Clínicos	Tratamiento	Seguimiento
1	9 años	V	Q.O.A.	Dolor inguinal, 7 meses evolución	Embolización y curetage + TAIO	7 años
2	12 años	V	Q.O.A.	Dolor inguinal y claudicación	Curetage + TAIO	14 años
3	4 años	V	G.E.	1 mes evolución Dolor inguinal y claudicación	Curetage + TAIO	9 años
4	13 años	V	Cb.	2 meses evolución Dolor isquiático sec. a trauma directo. Hallazgo RX	Resección en bloque y aloinjerto	8 años

NOTAS: V: Varón; Q.O.A: Quiste óseo aneurismático; G.E.: Granuloma eosinófilo; Cb: Condroblastoma; TAIO: Toma y aplicación de injerto óseo autólogo.

siendo el diagnóstico presuntivo (clínico-radiológico) de quiste óseo aneurismático en dos casos (Fig. 1) y no especificado en los otros dos. El lado afecto fue el izquierdo en tres casos y el derecho en uno. El motivo de consulta inicial fue por dolor a nivel de ingle o cadera en tres casos y un hallazgo radiológico en el cuarto caso, al acudir para control por una contusión simple en

isquión. Clínicamente, se encontró dolor a la palpación local de la rama isquiática en todos los casos, arcos de movilidad de cadera completos y buen estado general, sin otras alteraciones o lesiones asociadas. El diagnóstico previo a la intervención consistió en radiografía simple de pelvis, que se utilizó en todos los casos como estudio inicial, pero no aportando suficientes datos como para establecer un diagnóstico de certeza; la TAC se utilizó para estudiar el patrón de afección ósea, delimitando los bordes libres de tumor y con la IRM se pudieron establecer los límites lesionales, así como el desplazamiento de tejidos blandos (Fig. 2). La gammagrafía preoperatoria, que se realizó únicamente en los pacientes que no presentaban el diagnóstico de quiste óseo aneurismático, reportó resultados normales, sin zonas de hipercaptación.

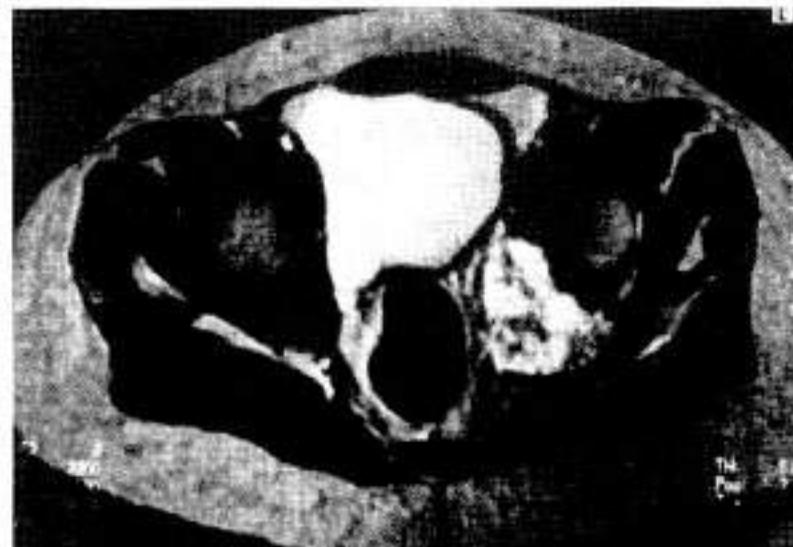


Figura 1: Corresponde al caso 1

- A) Lesión lítica y expansión del isquión.
- B) RMN en T1 es iso intensa con el músculo y en T2 con áreas hiperintensas.
- C) Resultado postoperatorio.

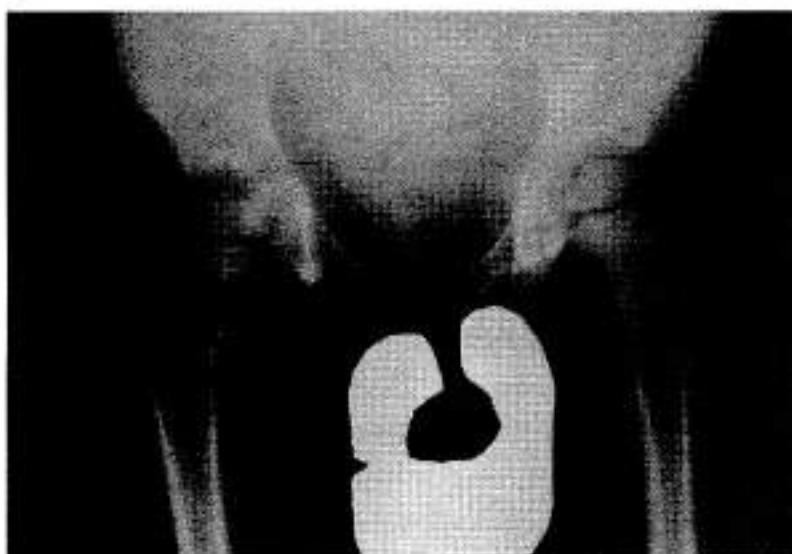


Figura 2: Corresponde al caso 3

- A) Lesión lítica con un patrón permeativo en la rama interna del isquion derecho  
B) Resultado postoperatorio

En todos los pacientes se procedió a tratamiento quirúrgico, realizando curetage de la lesión y aplicación de injerto autólogo, a excepción del caso de condroblastoma, en el que se realizó resección en bloque y colocación de aloinjerto (Fig. 3). En uno de los casos de quiste óseo aneurismático se realizó embolización de la lesión previa a la resección de la misma.

## RESULTADOS

Hasta el momento ninguno de los pacientes ha presentado recidivas de la lesión, con un seguimiento de 8.8 años en promedio (mín. 7, máx. 14).

La biopsia postoperatoria corroboró el diagnóstico de quiste óseo aneurismático en los dos casos sospechados y se diagnosticó granuloma eosinófilo (Histiocitosis X tipo I) y condroblastoma en los otros dos casos respectivamente.

Debido a las características clínicas y al aspecto radiológico de benignidad y poca agresividad según los criterios de Lodwick<sup>(6,7)</sup>, decidimos no realizar biopsia preoperatoria, aunado a la dificultad técnica y a las



Figura 3: Corresponde al caso 4

- A) Imagen lítica de agresividad leve en el isquion izquierdo.  
B) TAC en la que se observa lesión lítica con convexidad de la cortical y sin evidencia clara de clasificaciones.  
C) Resultado postoperatorio.

posibles complicaciones que dicho procedimiento acarrea.

En la última valoración clínica ninguno de los pacientes presenta datos de recidiva, todos se encuentran asintomáticos, con arcos de movilidad completos en cadera, sin dolor y con una función óptima y una calidad de vida adecuada.

## DISCUSION

La presencia de tumores benignos en isquión es una entidad poco frecuente entre los niños, no tanto entre los adultos, aunque en éstos es más frecuente la lesión metastásica maligna.<sup>(14,16)</sup>

Está descrito que el quiste óseo aneurismático es el tumor benigno más frecuente en la pelvis, siendo su presentación en las primeras dos décadas de la vida, seguido del granuloma eosinófilo y siendo el más raro el condroblastoma.<sup>(5,9,14)</sup>

Hay descripciones de tumores específicos con cierta predisposición por el sexo, tal como el osteoma osteoide en varones.<sup>(7)</sup> Pese a que todos nuestros casos se dieron en pacientes de sexo masculino, no consideramos que este sea un dato estadísticamente significativo.

La IRM fue el estudio de mayor utilidad en la delimitación de la lesión y afección a partes blandas,

corroborando los datos obtenidos por Toma y cols.<sup>(15)</sup> y Magnan y cols<sup>(8)</sup>. Pese a lo anterior, es difícil llegar a un diagnóstico presuntivo certero, por lo que es de extrema importancia la biopsia postoperatoria y en caso de duda transoperatoria.<sup>(13)</sup>

El curetage extenso de la lesión y la aplicación de autoinjerto óseo ha demostrado ser un tratamiento efectivo, con poca morbilidad y tanto en nuestra serie como en otras<sup>(11)</sup>, con un nulo índice de recidiva. Debido a la localización del tumor en el isquión, el abordaje del mismo se hace difícil, por lo que consideramos que la aplicación intralesional de esteroides debe quedar confinada a un selecto grupo de pacientes.<sup>(2)</sup>

Pese a que la malignización de tumores benignos es muy rara, ésta puede presentarse una vez finalizado el crecimiento o ya en la edad adulta, por lo que es aconsejable la resección de la lesión tumoral en sus primeros estadios, aunque el grado de Lodwick sea bajo.<sup>(10,16)</sup>

En nuestra serie los casos de tumores primarios con localización en isquion, aunque en la literatura hay publicados varios casos aislados de afección poliostótica, siendo una de las localizaciones de las múltiples lesiones la rama isquiática.<sup>(12)</sup>

## BIBLIOGRAFIA

1. Bertini G, Sarda G, Castellani GC and Pillone P. Rara localizzazione dell'osteoma osteoide: la branca ischio-pubica. Chir Organi Mov; 73:393-394, 1988.
2. De Camargo OP, De Oliveira NR, Andrade JS, Campos-Filho R, Croci AT and De Barrios-Filho TE. Eosinophilic granuloma of the ischium: long-term evaluation of a patient treated with steroids. A case report. J Bone Joint Surg; 74-A:445-447, 1992.
3. Erlemann R, Hotte G, Edel G and Blasius S. Tumorose raumforderungen des Beckenskeletts. Eine radiologische Analyse von 234 Fällen. Rofo Fortsch Geb Rontgenstr Neuen Bildgeb Verfahr; 163:283-289, 1995.
4. Huvos AG. Bone tumors. WB Saunders Co., Philadelphia. 1a. Edición, p.p. 246-247, 1979.
5. Kozlowsky K, Campbell J and Beluffi G. Rare, primary iliac, pubic and ischial tumors in children. Part II. Austral Radiol; 33:361-368, 1989.
6. Determining growth rates of local lesions of bone from radiographs. Radiology; 134:577-583, 1980.
7. Lodwick GS. Reactive response to local injury in bone. Radiol Clin N Amer; 2:209-219, 1964.
8. Magnan B, Caudana R, Morelli N, Pregarz M and Regis D. The contribution of magnetic resonance imaging in a rare ischiatic localization of osteoid osteoma. Ital J Orthop Traumatol; 17:407-411, 1991.
9. Matsuno T, Hasegawa I and Masuda T. Chondroblastoma arising in the triradiate cartilage. Skeletal Radiol; 16:216-222, 1987.
10. Mirra JM. Bone tumors. Lea & Febiger, Philadelphia. 1a. Edición, Vol. 2 p.p. 1302-1305, 1989.
11. Osaka S and Toriyama S. Surgical treatment of giant cell tumors of the pelvis. Clin Orthop; 222:123-131, 1987.
12. Reino AJ and Lawson W. Polyostotic eosinophilic granuloma in an infant. Otolaryngol Head Neck Surg; 114:140-144, 1996.
13. Saglik Y, Kapicioglu MI and Guzel B. Spontaneous regression of aneurysmal bone cyst. A case report. Arch Orthop Trauma Surg; 112:203-204, 1993.
14. Schajowicz F. Tumors and tumorlike lesions of bone. Springer Verlag, Berlin. p.p. 141-150, 1994.
15. Toma P, Lucigrai G, Rose L and Cariati M. La risonanza magnetica nella diagnosi della cisti aneurismatica dell'osso. Minerva Pediatr; 43:789-792, 1991.
16. Volkov MV. Afections of pelvic bones. In: Volkov MV. Childhood osteology. Bone tumours and dysplasias (Spanish translation). Mir publishers, Moscow: 377-380, 1972.