

QUISTE ÓSEO ANEURISMÁTICO, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y TRATAMIENTO PERCUTÁNEO

Irene Negrié Morales, José Pablo Puertas García-Sandoval, Antonio Valcárcel Díaz, Alba Izquierdo Robledano, Jesús García García, Marc Milian

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA, Murcia, España

INTRODUCCIÓN

Los quistes óseos aneurismáticos son lesiones óseas líticas pseudotumorales expansivas y localmente agresivas. Pueden localizarse en cualquier región del esqueleto pero se desarrollan con mayor frecuencia a las metáfisis de los huesos largos, vértebras y pelvis. Afectan principalmente a mujeres menores de 20 años y pueden presentarse como un hallazgo casual o cursar con dolor, fractura patológica o clínica neurológica si causan compresión de las raíces nerviosas.

OBJETIVOS

Con el presente póster se pretende exponer el caso de una paciente con dolor en región inguinal derecha relacionado con un quiste óseo aneurismático, su diagnóstico y manejo terapéutico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Es remitida a consultas externas de traumatología una mujer de 22 años por dolor en región inguinal derecha en reposo que se acentúa con la carga. No presenta ningún otro antecedentes de interés. Aporta una radiografía en la que se objetiva una lesión lítica en la cabeza femoral derecha (Figura 1).



Figura 1. Radiografía simple proyección anteroposterior de extremo distal de fémur: imagen lítica en cabeza femoral derecha en mujer de 22 años con dolor inguinal.



La tomografía computarizada (TC) reveló una lesión no expansiva metafisaria proximal con extensión diafisaria que se asocia a adelgazamiento de la superficie cortical. Tras la valoración mediante resonancia magnética el radiólogo sugiere un quiste óseo aneurismático como diagnóstico más probable (Figura 2).

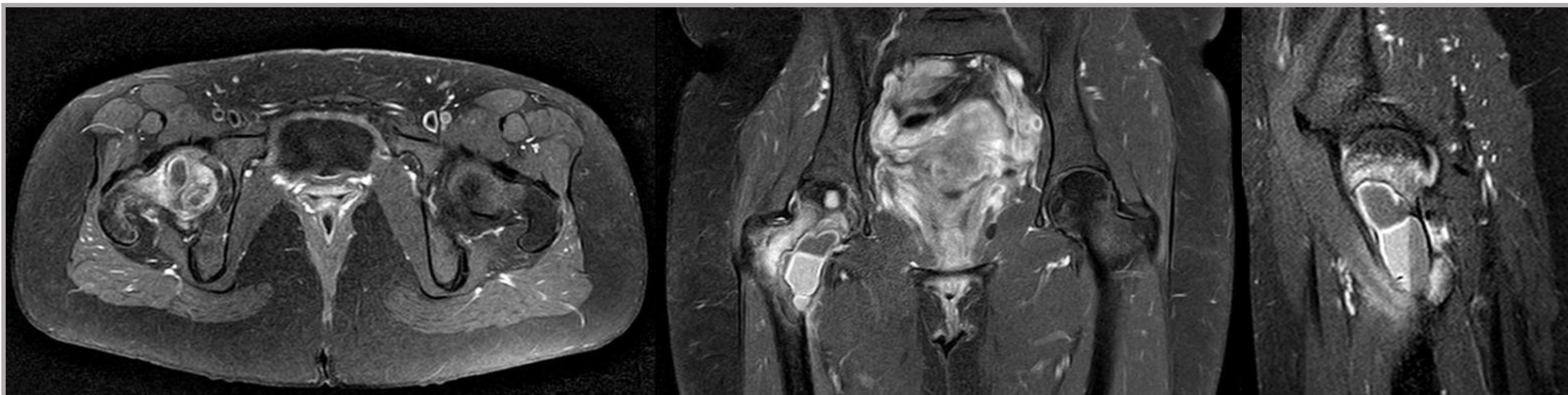


Figura 2. RMN extremo proximal de fémur cortes axial (izquierda), coronal (centro) y sagital (derecha). Lesión multiloculada bien definida en región metafisaria medial de extremo proximal de fémur derecho con extensión diafisaria, niveles líquidos en su interior y adelgazamiento de cortical.

Dado el alto riesgo de fractura se decidió tratamiento quirúrgico mediante curetaje y aloinjerto de la cavidad. Se optó por tratamiento percutáneo sin osteosíntesis empleando aloinjerto esponjoso compactado para rellenar el defecto. Del quiste se obtuvo un material hemático oscuro con algunos fragmentos de consistencia ósea, llegándose al diagnóstico anatomopatológico de quiste óseo aneurismático.

La paciente se mantuvo en descarga completa de miembro inferior derecho durante 6 semanas con posterior carga progresiva del miembro.

RESULTADOS

Tras reevaluación de la paciente a los 3 meses de la cirugía esta refería desaparición completa del dolor. A la exploración física el balance articular de la cadera derecha era completo e indoloro. En el control radiográfico se objetivó aumento de densidad de la región intervenida.



Figura 3. Radiografía simple proyección anteroposterior de extremo distal de fémur control a los 3 meses del relleno con injerto óseo.



CONCLUSIÓN

El manejo de los pacientes con lesiones óseas de aspecto lítico debe sistematizarse para llegar a un adecuado diagnóstico y por lo tanto aplicar el tratamiento oportuno. En el diagnóstico diferencial de las lesiones líticas se incluye el quiste óseo simple como una de las patologías más habituales. Otras posibles lesiones son el quiste óseo aneurismático, granuloma eosinófilo, fibroma no osificante, tumor de células gigantes e incluso el osteosarcoma telangiectásico. La aproximación clínica y la selección adecuada de los métodos diagnósticos es fundamental en la orientación etiológica y terapéutica del proceso.

Los quistes óseos aneurismáticos de localización en huesos largos se presentan generalmente de forma exéntrica en la metáfisis dando lugar a un abombamiento del periostio y adelgazamiento de la cortical a medida que aumentan de tamaño. En las pruebas de imagen se visualizan como una lesión cavitada rellena de sangre con septos en su interior. Su etiología es aún desconocida pero la teoría que mayor fuerza ha cobrado es el origen en una anomalía circulatoria que provocaría un aumento de la presión venosa dando lugar a una hemorragia local con posterior organización del hematoma en forma de quiste óseo aneurismático con activación de los osteoclastos circundantes.

La clínica más frecuente es dolor óseo a consecuencia de las microfracturas producidas en una cortical adelgazada y tumefacción local. La clínica neurológica y las fracturas patológicas son más habituales en los quistes óseos localizados en el esqueleto axial.

Las opciones de tratamiento son múltiples, encontrándose entre el arsenal terapéutico la resección quirúrgica, el legrado con o sin injerto óseo, la embolización selectiva, la radioterapia u otras alternativas percutáneas como la escleroterapia o ablación. Últimamente están ganando interés los procedimientos mínimamente invasivos guiados por imagen dado que salvan los riesgos quirúrgicos y son más seguros para determinadas ubicaciones.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

Robert K, Heck JR. Benign Bone tumors and non neoplastic condition simulation Bone tumors. S. Terry canale, James H. Beaty. Campbell's operative orthopedics, Mosby, 2008, p. 855-857.

Docquier PL, Glorinon C, Delloye C. Quiste óseo aneurismático. EMC-Aparato Locomotor, 2011, vol. 44, no 2, p. 1-11.

Zaezour OA, Santiago FR, Serrano NO, Abdallah AH, El-Sharkawy MA et al. CT-guided radiofrequency ablation in patients with aneurysmal bone cysts. *European journal of radiology*, 2018, vol. 100, p. 116-123.

