

Quiste óseo aneurismático

Jesús López-Torres Hidalgo^a, Miguel Ángel Sáez Moreno^b, Marta Castaño Díaz^b
y Manuel Moya Meneses^b

^a Médico de Familia. Centro de Salud Zona VIII. Albacete (España).

^b Médico residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona VIII. Albacete (España).

Correspondencia: Jesús López-Torres Hidalgo. Centro de Salud Zona VIII. C/ Graduados, s/n. C.P. 02006 – Albacete (España).

Correo electrónico: jesus@sescam.org

Recibido el 26 de enero de 2019.

Aceptado para su publicación el 25 de marzo de 2019.

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).



RESUMEN

El quiste óseo aneurismático es una lesión ósea reactiva que está formada por cavidades quísticas que contienen sangre. Generalmente ocasiona dolor de intensidad leve o moderada, pero el paciente puede presentar deformidad y fractura patológica, ya que en su evolución es común el crecimiento local agresivo y la destrucción cortical. Aparece con más frecuencia en las dos primeras décadas de la vida y representa aproximadamente el 1,4 % de todos los tumores óseos primarios.

Presentamos el caso de un varón de 16 años diagnosticado de quiste óseo aneurismático que inicialmente consultó por dolor mecánico en el tobillo izquierdo. El paciente fue intervenido quirúrgicamente mediante resección y reconstrucción con injerto óseo. La evolución fue favorable, permaneciendo asintomático al cabo de unos meses de la intervención.

El quiste óseo aneurismático se debe probablemente a un cambio fisiopatológico como consecuencia de un traumatismo o de un proceso vascular anómalo. El médico de familia debe sospecharlo cuando observe en la radiografía ósea una imagen lítica y multiloculada de carácter expansivo.

PALABRAS CLAVE: Quistes Óseos Aneurismáticos. Neoplasias Óseas. Extremidad Inferior.

ABSTRACT

Aneurysmal bone cyst

Aneurysmal bone cyst is a reactive bone lesion formed by cystic cavities containing blood. It generally causes mild to moderate pain, but the patient can present deformity and pathological fracture, since aggressive local growth and cortical destruction are frequent during its development. It occurs most frequently in the first two decades of life, and accounts for approximately 1.4% of all primary bone tumors.

We present the case of a 16-year-old man diagnosed with aneurysmal bone cyst who initially presented mechanical pain in left ankle. The patient underwent surgical resection and reconstruction with bone graft. The evolution was favorable and the patient remains asymptomatic several months after surgery.

Aneurysmal bone cyst is probably due to a pathophysiological change caused by a trauma or by an anomalous vascular process. The family doctor should suspect this disease when the bone radiography shows a lytic, multilocular, expansive lesion.

KEY WORDS: Bone Cysts, Aneurysmal. Bone Neoplasms. Lower Extremity.

INTRODUCCIÓN

El quiste óseo aneurismático (QOA) es una lesión benigna que puede afectar a cualquier hueso del cuerpo, si bien el fémur, la tibia, la columna vertebral, el húmero, la pelvis y el peroné son los más afectados^{1,2}. Se trata de una lesión reactiva hiperplásica de etiología desconocida que está formada por cavidades quísticas que contienen sangre y están revestida por tejido reactivo mesenquimatoso³.

Con mayor frecuencia involucra la metáfisis o la parte metáfisis-diafisaria y puede provocar el abombamiento del hueso y causar dolor de intensidad variable, el cual generalmente es leve o moderado. El paciente puede presentar deformidad y fractura patológica, ya que en su evolución es común el crecimiento local agresivo y la destrucción cortical. La tasa de recurrencia de la lesión es superior al 10 %².

Aparece con más frecuencia en las dos primeras décadas de la vida², con una leve preponderancia femenina^{4,5}. El QOA representa aproximadamente el 1,4 % de todos los tumores óseos primarios⁵ y presenta una incidencia de 0,14 a 0,32 por cada 100.000 individuos⁶.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 16 años con antecedentes de apendicectomía y cuadro de obstrucción intestinal resuelta mediante laparotomía y resección de brida. El paciente fue remitido a la consulta de Traumatología por presentar dolor mecánico en el tobillo izquierdo y cojera al correr, desde hacía varios meses y tras haber sufrido un esguince.

En la radiografía se evidenció una lesión lítica localizada en la cara lateral del tercio distal de la tibia izquierda, produciendo adelgazamiento de la cortical (Figura 1). La imagen proporcionada por resonancia magnética (RM) fue compatible con quiste óseo aneurismático o tumor de células gigantes.

Tras confirmar mediante biopsia el diagnóstico de

quiste óseo aneurismático, se decidió intentar una embolización terapéutica, la cual no resultó exitosa debido al gran tamaño de la lesión. Posteriormente el paciente fue intervenido quirúrgicamente mediante resección y reconstrucción con injerto estructural osteosintetizado con tornillos (Figura 2). Tras inmovilización mediante yeso y posterior polaina, el paciente recibió tratamiento rehabilitador. La evolución fue favorable, permaneciendo asintomático al cabo de unos meses de la intervención.

DISCUSIÓN

Esta lesión fue descrita por primera vez por Jaffe y Lichtenstein en 1942, por lo que anteriormente llegó a ser conocida como enfermedad de Jaffe-Lichtenstein⁷. El QOA puede surgir *de novo*, denominándose QOA primario, pero hay una elevada incidencia de tumores acompañantes, en aproximadamente 1/3 de los casos, tratándose entonces de un QOA secundario². El tumor de células gigantes constituye la asociación más frecuente. Aunque se trata de lesiones enigmáticas de causa desconocida⁷, probablemente se deben un cambio fisiopatológico específico, como consecuencia de un traumatismo (fracturas o lesiones ligamentosas)



Figura 1. Imagen radiológica de quiste óseo aneurismático en la extremidad inferior de la tibia.



Figura 2. Imagen radiológica de quiste óseo aneurismático intervenido.

o de un proceso vascular anómalo inducido por un tumor o lesión preexistente capaz de iniciar una malformación arteriovenosa perióstica o intraósea^{5,8}. Por otra parte, la aparición de QOA múltiples en el seno de una misma familia sugiere una predisposición genética, la cual podría explicar por qué la mayoría de estas aparentes malformaciones arteriovenosas del hueso aparecen *de novo*⁸.

De cierta importancia es la dificultad que puede presentar el diagnóstico de estas lesiones. Los estudios de imagen a veces no proporcionan criterios claros para su diferenciación de otras patologías como granuloma eosinófilo, tumor de células gigantes, fibroma no osificante, quiste óseo unicameral, displasia fibrosa, condroblastoma, condrosarcoma, fibroma condromixoide, tumor de Ewing y, en pacientes de mayor edad, carcinoma metastásico o mieloma⁷. En ocasiones la radiografía estándar puede bastar para establecer el diagnóstico de QOA, aunque la RM es más eficaz para el diagnóstico diferencial^{9,10}. Su imagen más característica en la radiografía es la de una lesión lítica y multiloculada de carácter expansivo¹¹.

Aunque se han comunicado casos de curación espontánea, habitualmente se requiere tratamiento, para lo que existen diversas técnicas mínimamente

invasivas¹⁰. Las modalidades de tratamiento incluyen el legrado quirúrgico con o sin injerto óseo, la escisión completa, la embolización arterial selectiva, la radioterapia o una combinación de estos procedimientos⁵.

El papel de la embolización en el tratamiento del QOA es disminuir la vascularización y reducir la pérdida de sangre intraoperatoria. El éxito de este tratamiento solo se ha conseguido en huesos largos y pelvis. Entre las diversas opciones, la escisión total en bloque, si es posible, proporciona la tasa más alta de curación con un buen pronóstico y con unos excelentes resultados funcionales¹². La escisión debe incluir toda la pared del quiste porque la escisión parcial se asocia con un mayor riesgo de recurrencia⁵.

En conclusión, el quiste óseo aneurismático constituye una lesión enigmática que se debe probablemente a un cambio fisiopatológico específico, como consecuencia de un traumatismo o de un proceso vascular anómalo inducido por un tumor. El médico de familia debe sospechar este tipo de lesiones ante imágenes radiológicas óseas de lesiones líticas y multiloculadas de carácter expansivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cottalorda J, Kohler R, Sales de Gauzy J, Chotel F, Mazda K, Lefort G, et al. Epidemiology of aneurysmal bone cyst in children: a multicenter study and literature review. *J Pediatr Orthop B*. 2004;13 (6): 389-94.
2. Kapila R, Sharma R, Sohal YS, Singh D, Singh S. Primary epiphyseal aneurysmal bone cyst of distal ulna. *J Orthop Case Rep*. 2015; 5 (4): 85-7.
3. Arora S, Sabat D, Arora SK, Kumar V, Saran RK. Primary aneurysmal bone cyst of the proximal tibia crossing the open physis. *J Orthop Sci*. 2011; 16 (5): 665-9.
4. Ramírez AR, Stanton RP. Aneurysmal bone cyst in 29 children. *J Pediatr Orthop*. 2002; 22 (4): 533-9.
5. Singh DK, Singh N, Pant MC. Aneurysmal bone cyst: an unusual presentation of back pain. *Asian J Neurosurg*. 2014; 9 (2): 105-7.
6. Chan G, Arkader A, Kleposki R, Dormans JP. Case report: primary aneurysmal bone cyst of the epiphysis. *Clin Orthop Relat Res*. 2010; 468 (4): 1168-72.
7. Mankin HJ, Hornicek FJ, Ortiz-Cruz E, Villafuerte J, Gebhardt MC. Aneurysmal bone cyst: a review of 150 patients. *J Clin Oncol*. 2005; 23 (27): 6756-62.
8. Haft GE, Buckwalter JA. Aneurysmal bone cyst following tibial fracture: a case report. *Iowa Orthop J*. 2003; 23: 100-2.
9. Woertler K, Brinkschmidt C. Imaging features of subperiosteal aneurysmal bone cyst. *Acta Radiol*. 2002; 43 (3): 336-9.
10. Docquier PL, Glorion C, Delloye C. Quiste óseo aneurismático. *EMC - Aparato Locomotor*. 2011; 44 (2): 1-11.
11. Shooshtarizadeh T, Movahedinia S, Mostafavi H, Jamshidi K, Sami SH. Aneurysmal bone cyst: an analysis of 38 cases and report of four unusual surface ones. *Arch Bone Jt Surg*. 2016; 4 (2): 166-72.
12. van Loon CJ, Veth RP, Pruszczynski M, Lemmens JA, van Horn JR. Aneurysmal bone cyst. Long-term results and functional evaluation. *Acta Orthop Belg*. 1995; 61 (3): 199-204