

## Quiste óseo aneurismático

### Kyste osseux anévrysmal

### Aneurysmatic bone cyst

**Dr. Luis Varela Ravelo<sup>I</sup>; Dr. Ernesto Fleites Marrero<sup>I</sup>; Dr. René Rubinos Ruiz<sup>I</sup>; Dr. Jorge Riaños<sup>I</sup>; Dr. Eduardo Albisu<sup>I</sup>**

<sup>I</sup> Especialistas en Ortopedia y Traumatología. Complejo Científico Ortopédico Internacional "Frank País". Ciudad de La Habana, Cuba.

---

#### RESUMEN

Se presentó un caso de quiste óseo aneurismático vertebral lumbar y su propuesta de tratamiento, de una paciente femenina de 8 años procedente de Venezuela, que después de una caída comenzó a notar aumento de volumen con dolor ligero en región lumbar. La paciente ha tenido una evolución favorable.

**Palabras clave:** Quiste óseo aneurismático vertebral, tratamiento.

---

#### SUMMARY

The case of a Venezuelan 8-year-old female with vertebrolumbar aneurysmatic bone cyst, as well as the proposed treatment were presented. After falling, the patient began to observe a volume increase with mild pain in the lumbar region. The patient has had a favorable evolution.

**Key words:** Vertebral aneurysmatic bone cyst, treatment.

---

#### RÉSUMÉ

Un cas de kyste osseux anévrysmal du rachis lombaire chez une patiente âgée de 8 ans, provenant de Venezuela, et son traitement sont présentés. Après une chute, une augmentation de volume et une douleur bénigne se sont installées au niveau de la région lombaire. La patiente a eu finalement une résolution favorable.

**Mots-clés:** Kyste osseux anévrysmal du rachis, traitement.

---

## INTRODUCCIÓN

Concepto: lesión osteolítica expansiva constituida por espacios de tamaño variable rellenos de sangre separado por tabiques de tejido conectivo que contienen trabéculas de tejido óseo u osteoides y células gigantes de tipo osteoclastico.

El término de quiste óseo aneurismático (QOA) fue introducido por primera vez, en 1942, por *Henry Jaffe* y *Louis Lichtenstein*. Al revisar las características de los quistes óseos solitarios, encontraron 2 casos que presentaban una distensión del contorno del hueso afectado en forma quística, los cuales contenían sangre. Posteriormente, en 1952, *Jaffe* y *Lichtenstein*, en informes por separado, dieron más detalles de esta lesión benigna, definiéndola como una nueva entidad clínico-patológica.<sup>1-9</sup>

Características:

- Lesión seudotumoral.
- Origen fibroso o vascular.
- Recidiva con frecuencia.
- Afecta a *niños mayores y adultos jóvenes*.<sup>10-21</sup>
- Sexo *femenino*.

Cuadro clínico:

- Si hueso largo: edema reciente, sensibilidad a la palpación, dolor ligero o severo de varias semanas de evolución irradiado a las articulaciones proximales.
- Si vertebral: dolor y contractura muscular del segmento comprendido.
- Síntomas neurológicos compresivos radicular o medular.
- Si colapso vertebral aparecen las paraplejías.

Localización: Huesos tubulares largos de miembro inferior y en ocasiones huesos planos y vértebras.

- Si hueso largo: cerca de los extremos (metáfisis).
- En lesiones de huesos largos, mano y pie son de localización diafisaria.
- En las vértebras se localiza en los cuerpos vertebrales. Puede haber colapso vertebral.

Etiología incierta:

- Posibles anomalías vasculares (dilatación venosa vascular).
- Hemorragia de lesiones preexistentes.
- No origen traumático, aunque se presentan como forma de miositis parosteal osificante localizada cuyo origen es traumático.

El objetivo de este trabajo fue la presentación de un caso con diagnóstico de quiste óseo aneurismático vertebral.

## **CASO CLÍNICO**

Se trató de una paciente femenina de 8 años, procedente de Venezuela, con antecedente de salud, que sobre el mes de junio de 2005 después de una caída comenzó a notar aumento de volumen con dolor ligero en región lumbar ([fig. 1](#)).

### *Examen físico*

Pact de biotipo normolíneo, con marcha en equino pie, donde se observa tumoración en región lumbar de más o menos 5 cm, dura, no movable, que no infiltra piel y tics, ligeramente dolorosa, atrofia del MII.

Abdomen: plano, sigue los movimientos respiratorios y los golpes de tos, no doloroso, tumoración de más o menos 10 cm que toma mesogastrio, hipogastrio, flanco izquierdo y fosa iliaca izquierda, no movable, ligeramente dolorosa, R.H.A. presentes.

Sistema nervioso: atrofia de la musculatura del muslo, pierna y pie, fuerza muscular G III para cuádriceps y G I de músculos extensores de los dedos y el pie, ausencia de reflejo aquileano y medio plantar.

Se realizó Rx simple donde se observaba la vértebra plana, TAC, RMN donde aparecía lesión osteolítica que tomaba cuerpo vertebral de L4 y L5 con cavidades de Tamayo variable separadas por tabiques, se realizó biopsia abierta por vía posterior donde se confirmó diagnóstico, acudió al centro en enero de 2006, donde se realizó actualización del estudio radiológico simple, TAC y angiografía, se comprobó la extensión periférica del proceso, sin infiltrar estructuras nobles.

Teniendo en cuenta los datos del examen físico y los resultados de los estudios indicados se planificó la cirugía en 2 tiempos:

Un primer tiempo, lumbotomía para abordar retro peritoneal, se ligó segmentaria de L4 principal vaso que alimentaba este y se realizó exéresis de masa tumoral de 10 cm violácea, con cavidades en su interior llenas de sangre separadas por tabiques, que incluían cuerpos vertebrales, raíz de L4 y erosionaba el ala del iliaco sin infiltrar, el espacio se mantuvo con un espaciador confeccionado con un perno y el defecto se rellenó con injerto bovino; se colocó espica calzón, una semana después de evolución favorable donde también se comprobó no empeoramiento del cuadro neurológico, se efectuó vía posterior, donde se realizó exéresis de las estructuras posteriores antes mencionadas con masa alrededor de 5 cm y se colocó marco de Luque-Galventon con abundante injerto bovino y corsé calzón, se confirmó el diagnóstico con el resultado de la biopsia de la pieza enviada en ambas intervenciones.

En las figuras [2](#), [3](#) y [4](#) se puede observar lo antes planteado.

## **DISCUSIÓN**

Los quistes óseos aneurismáticos de columna lumbar, como el del presente caso clínico, son poco frecuentes. En la Clínica Mayo representaron 2,7 % de 298 tumores de este tipo. El diagnóstico en este caso se realizó por los resultados hemoquímicos, imagenológicos y de la biopsia realizada en su país de origen, esto permitió hacer una adecuada planificación quirúrgica teniendo en cuenta nuestras posibilidades materiales. No se presentaron complicaciones neurológicas, ni de otro tipo, con una evolución favorable.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. López-Durán Stern L. Traumatología y ortopedia. 3 ed. Madrid: Luzan 5; 1998. p.283-93.
2. Manual Merck. Pediatría y Genética. Enfermedades músculo esqueléticas y del tejido conjuntivo. Madrid: Merck Sharp & Dohme de España; 1998.
3. Ameli NO, Abbassioun K, Saleh H, Eslamdoot A. Aneurysmal bone cyst of the spine. Report of 17 cases. J Neurosurg. 1985;63:685-90.
4. Campanacci M, Ruggieri P. Lesiones pseudotumorales. En: Aparato Locomotor. Enciclopedia Médica Quirúrgica. París:Elsevier Editorial; 1999. p.1-19.
5. Cappana R, Albisinni U, Picci P. Aneurysmal bone cyst spine. J Bone Joint Surg. 1985;67:527-31.
6. Disch SP, Grubb RL, Gado MH, Strecker WB, Marbarger JP. Aneurysmal bone cyst of the cervicothoracic spine: computed tomographic evaluation of the value of preoperative embolization. Case report. Neurosurgery. 1986;19:290-3.
7. Guibaud L, Herbreteau D, Dubois J. Aneurysmal bone cyst percutaneous embolization with an alcoholic solution of zein: series of 18 cases. Radiology. 1998;208:369-73.
8. Jaffe HL. Aneurysmal bone cyst. Bull Hosp Joint Dis. 1950;11:3.
9. Krishman U. Cystic lesions of bone. Aneurysmal bone cyst. In: Dahlin's Bone Tumors General aspects and data on 11,087 cases. 5ª ed. Philadelphia:Lippincott-Raven Publishers; 199. p.382-90.
10. Lichtenstein L. Aneurysmal bone cyst. Cancer. 1950;3:279-89.
11. Nicastro JF, Leatherman KD. Two- stage resection and spinal stabilization for aneurysmal bone cyst. A report of two cases. Clin Orthop. 1983;180:173-8.
12. Núñez RA, Alanís BLM, Sánchez CJ. Disnea progresiva como síntoma principal de quiste óseo aneurismático en una costilla. Rev Mex Ortop Traum. 1994;8:32-4.

13. Papagelopoulos PJ, Currier BL, Galanis EC, Sim FH. Vertebra plana of the lumbar spine caused an aneurysmal bone cyst: a case report. AM J Orthop. 1999;28:119-24.
14. Papagelopoulos PJ, Currier BL, Shaughnessy WJ et al. Aneurysmal bone cyst of the spine. Management and outcome. Spine. 1998;23:621-8.
15. Pullan CR, Alexander FW, Halse PC. Aneurysmal bone cyst: report of three cases. Arch Dis Child. 1978;53:899-901.
16. Schajowes F. Tumores y lesiones pseudotumorales de huesos y articulaciones. 2ª ed. México:Editorial Panamericana; 1982. p.430-44.
17. Turker RJ, Mardjetko S, Lubicky J. Aneurysmal bone cyst of the spine: excision and stabilization. J Pediatr Orthop. 1998;18:209-13.
18. Rodríguez-García R, Antonio-Hernández JA, Santiago-Ortiz R, Sosa-Guzmán JJ, Rodríguez-Córdova R, Solís-Daun O. Quiste óseo aneurismático gigante decolumna vertebral. Rev Fac Med. 2003;46(6):217-21.
19. Lesiones pseudo-tumorales del hueso. Disponible en: [www.escuela.med.puc.cl/publicaciones/TextoTraumatologia/Trau\\_Secc04/Trau\\_Sec04\\_13.html](http://www.escuela.med.puc.cl/publicaciones/TextoTraumatologia/Trau_Secc04/Trau_Sec04_13.html)
20. López Betancourt CE, Toro Posada AJ. Quiste óseo aneurismático subperióstico e intracortical. Disponible en: [www.sccot.org.co/BancoConocimiento/O/Orto\\_v17n4Dic\\_2tumores/ortopedia-2Tumores.htm](http://www.sccot.org.co/BancoConocimiento/O/Orto_v17n4Dic_2tumores/ortopedia-2Tumores.htm)
21. Sepúlveda M. Lesiones pseudotumorales del esqueleto. Disponible en: [www.medwave.cl/cursos/Tumores/Septiembre2003/1](http://www.medwave.cl/cursos/Tumores/Septiembre2003/1)

Recibido: 30 de septiembre de 2007.  
Aprobado: 8 de noviembre de 2007.

Dr. *Luis Varela Ravelo*. Complejo Científico Ortopédico Internacional "Frank País".  
Avenida 51, municipio La Lisa, Ciudad de La Habana, Cuba. Teléf.: 262 70 22. Fax  
2736480.



Fig. 1

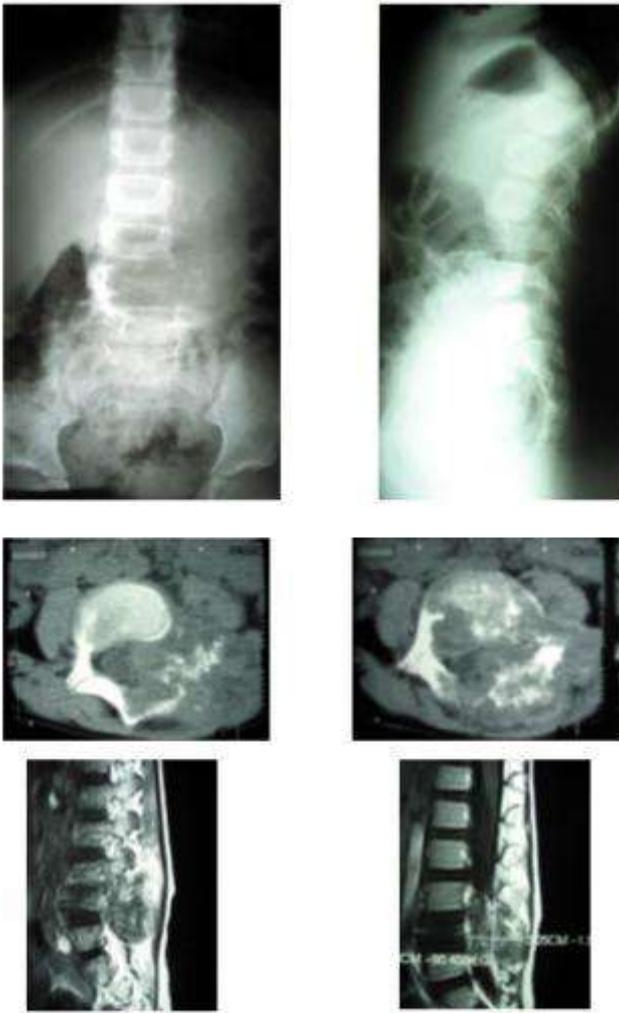


Fig. 2



Ulcia A Aponte Hernandez.-  
MEDIOCENTRO, Ciudad Habana-CUBA.,  
18733-  
16/12/2005  
R/06/1997  
Lateralografía Torácica...

Hicor DCM  
16/12/2005 16:05:08  
LAO: 96 CRAN: 0.8 [Plane B]  
Scene: 6  
Frame: 44



Ulcia A Aponte Hernandez.-  
MEDIOCENTRO, Ciudad Habana-CUBA.,  
178733-  
16/12/2005  
R/06/1997  
Lateralografía Torácica...

Hicor DCM  
16/12/2005 16:05:08  
LAO: 0.1 CRAN: 0.8 [Plane A]  
Scene: 5  
Frame: 47

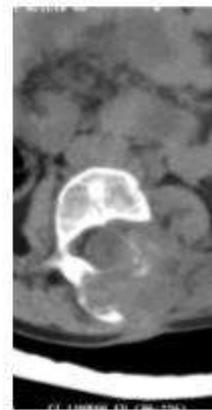
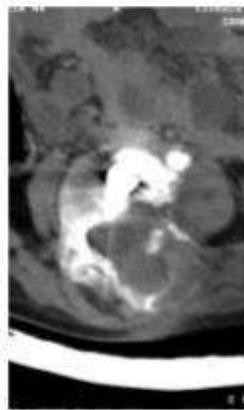


Fig. 3

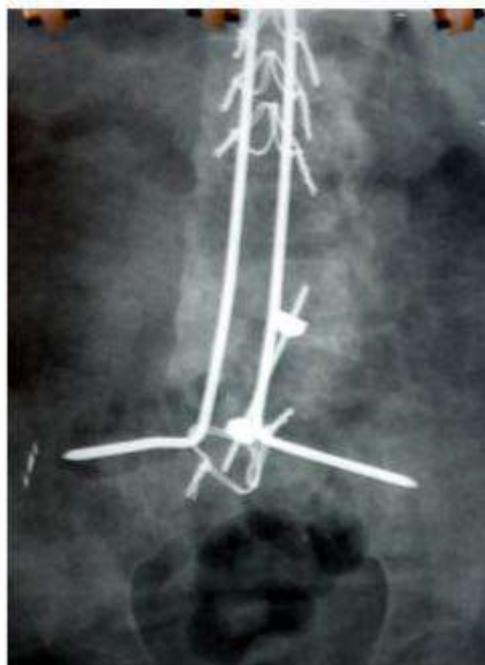


Fig. 4