

## Quiste óseo aneurismático postraumático

P. ZAMORA-NAVAS, F. COLLADO TORRES y F. DE LA TORRE SOLÍS

*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. HGB de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga).*

**Resumen.**—Se presenta un caso de quiste óseo aneurismático de localización superficial en la cara externa del húmero. El tumor fue tratado mediante la resección en bloque y relleno con hueso liofilizado. La evolución ha sido satisfactoria no habiéndose presentado recurrencia del tumor y considerándose el enfermo completamente curado a los tres años de realizado el tratamiento. Se establece una relación próxima en el tiempo con un episodio traumático, que se considera desencadenante del desarrollo tumoral y de la sintomatología.

### POSTRAUMATIC ANEURYSMAL BONE CYST

**Summary.**—A case of aneurysmal bone cyst located at the lateral periosteal surface of the humeral diaphysis is presented. The patient was treated by in-bloc tumor resection and grafting of liophylized bone. The outcome has been satisfactory without tumor recurrence. Three years after surgery the patients remains free from disease. A relationship between previous trauma and the development of tumor could be found.

### INTRODUCCIÓN

Las tumoraciones que tienen su asiento en la periferia del hueso ofrecen una morfología de más difícil definición que las centrales. Además, cuentan con un elemento de respuesta perióstica que, independientemente de su diagnóstico, dejan un cierto componente de inquietud en el que realiza el estudio.

De tal forma, las lesiones que se localizan en la superficie del hueso siempre deben alertar sobre la posibilidad de encontrarnos ante patologías que, oscilando desde el condroma yuxtacortical al osteosarcoma parostal o a las metástasis corticales, impongan un estudio profundo y un tratamiento acorde con la potencialidad de estas entidades (1).

#### *Correspondencia:*

P. ZAMORA-NAVAS  
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología  
HGB de la Axarquía  
Urb. El Tomillar, s/n  
29700 Vélez-Málaga. Málaga

### CASO CLÍNICO

Mujer de 35 años de edad, que consultaba por presentar historia de tumoración dolorosa en la cara externa del brazo derecho en su región media, descubierta por primera vez un año antes de la primera consulta y que había aumentado progresivamente de tamaño e incrementado las molestias. En la historia previa se halló un antecedente de un traumatismo importante en la región reseñada. A raíz de éste comenzaron las molestias y la aparición de la tumoración, que había sido interpretada como hematoma postraumático. Durante este tiempo, la masa no había variado de tamaño ni características superficiales, aunque sí lo habían hecho los signos inflamatorios primeros, que desaparecieron al poco tiempo, permaneciendo solamente la tumoración y la clínica dolorosa.

La exploración clínica ponía en evidencia una tumoración de consistencia firme, localizada en la cara externa del tercio medio del brazo derecho. No había signos de inflamación. La masa era de consistencia firme y estaba adherida a planos profundos, permitiendo el deslizamiento de los tejidos superficiales sobre ella. La manipulación era dolorosa. No existía déficit funcional. No se objetivaron alteraciones vasculonerviosas locales.

En el estudio radiológico del brazo se observó una imagen bien diferenciada en la cara externa en la diá-

fisis del húmero derecho. La radiología presentaba una tumoración localizada superficialmente en el hueso, con insuflación, y cubierta por tejido óseo débil. Presentaba una trama interna de baja densidad y la cortical más superficial aparecía erosionada permitiendo el contacto de la masa intratumoral con las partes blandas. El hueso sobre el que asentaba era de aspecto esclerótico, no presentando reacción del periostio ni imagen alguna de permeación intramedular (Fig. 1). El estudio de TAC realizado confirmó los aspectos radiológicos iniciales, con debilitación y rotura de la cortical tumoral insuflada y la indemnidad de la cortical ósea subyacente, sin reacción alguna. Igualmente se confirmó la no participación de la medular en la patología tumoral (Fig. 2).

El diagnóstico diferencial se planteó con tumor desmoide, condroma yuxtacortical y condrosarcoma yuxtacortical.

Durante la intervención quirúrgica realizada se observó una masa tumoral, de unos 4 cm por 1,5 cm de alto y 2 cm de ancho, que respetando el tejido vecino, permitía la extravasación de un material gelatinoso, lardáceo. Asimismo se constató la consistencia papirá-



**Figura 1.** Rx simple AP de húmero. Imagen de localización superficial. Rotura de la cortical. Extravasación de masa tumoral a tejidos blandos. Respeto de la medular. No reacción perióstica.



**Figura 2.** TAC de húmero. Respeto de la medular. Punto de rotura del periostio y comunicación a partes blandas.

cea de la cortical suprayacente con puntos de vulneración, aunque sin participación de las partes blandas en la afectación tumoral.

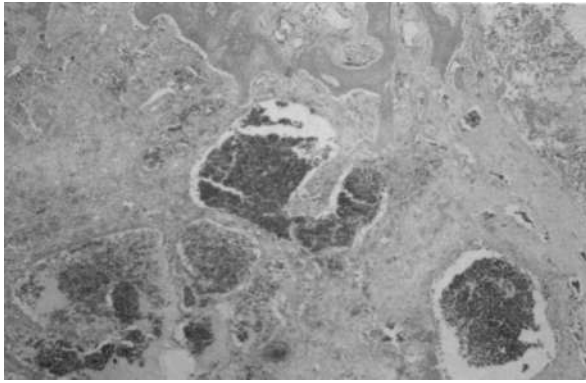
Se practicó una resección en bloque incluyendo un cajetín de hueso cortical subyacente y exponiéndose la medular. El lecho fue reconstruido con la inclusión de hueso liofilizado en empalizada, al quedar debilitada la resistencia del hueso normal por haber resecado un sector de más de un tercio de la circunferencia ósea.

El análisis anatomopatológico observó una lesión en la que estaban presentes abundantes cavidades quísticas con paredes conectivas, presentando abundantes células gigantes multinucleadas. En los espacios vasculares se encontraban trabéculas osteoides y hueso inmaduro neoformado. Los espacios quísticos estaban rodeados por una capa de fibroblastos aplanados (Figs. 3 y 4). El diagnóstico fue consistente con quiste óseo aneurismático.

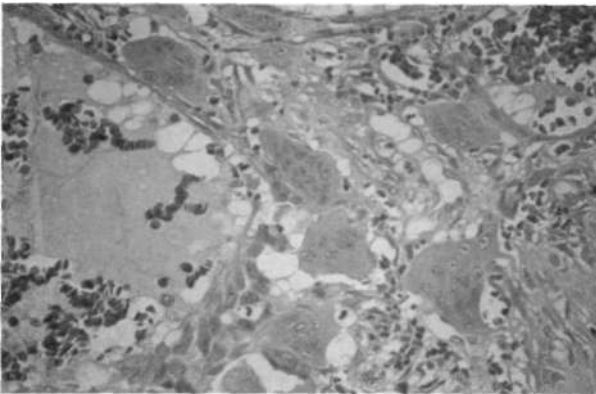
La evolución ha cursado sin la aparición de complicaciones habiéndose reintegrado la enferma a sus actividades de una forma completamente normal y no presentando recidiva de las molestias locales. El foco intervenido ha integrado el injerto aportado y ha remodelado parcialmente su forma. El control a plazo de tres años, no ha demostrado ningún tipo de recidiva local, radiológica ni clínica (Fig. 5).

## COMENTARIOS

El QOA es una entidad de frecuencia rara (2), que además precisa de una diferenciación de en-



**Figura 3.** AP. Panorámica de la lesión con la presencia de material osteoide, espacios vasculares y abundantes células gigantes. (HE 4x.)



**Figura 4.** Detalle anatómico. Tractos fibrosos llenos de células gigantes. (HE 40x.)

tidades entre aquellas que tienen asiento sobre alteraciones óseas previas o que aparecen tras traumatismos y las que por el contrario son la primera manifestación de la alteración del hueso.

Su distinción basada en este aspecto es muy cuestionada, al ser difícil el no encontrar un traumatismo reciente en la historia del enfermo o bien el localizar vestigios de una lesión previa, sin la existencia de documentación gráfica anterior.

Si bien esta clasificación no tiene muchos partidarios, sí que tiene más sustento su justificación etiológica atendiendo a su localización, central o periférica.

Así, aunque ambas localizaciones reflejan una misma entidad con una descripción anatómica similar, la localización intramedular o yuxtacortical significa dos lesiones que etiológicamente se entienden como diferentes. Mientras que aquellas de localización central tendrían un



**Figura 5.** Rx simple AP de húmero actualizada. Persistencia de la imagen saucerizada del lecho tumoral. No recurrencia de la lesión. Integración del injerto.

origen, que en ocasiones se acepta como sobreañadido a una lesión preexistente, en las de localización yuxtacortical o parostal tendrían un origen posttraumático y una estructuración similar a la organización de un hematoma posterior a la existencia de un traumatismo.

Este origen posttraumático se ha invocado desde los trabajos iniciales que describían esta lesión (3-5), hasta los más recientes (6).

En el caso que se presenta se establece una relación causa-efecto (traumatismo-lesión ósea) muy cercana en el tiempo. De tal forma, la sintomatología, tanto tumoral como dolorosa, tiene un referente temporal muy próximo.

El tratamiento y la recurrencia, que se ha descrito entre el 10 y el 44% de los casos (7), tienen una relación directa con la presencia de lesiones preexistentes o no. Así, el asiento secundariamente sobre lesiones de una mayor agresividad,

como tumor de células gigantes o bien sobre osteosarcoma, impone un tratamiento más agresivo. Mientras tanto, las imágenes que no hagan sospechar esta coincidencia pueden beneficiarse de tratamientos más restrictivos con curetaje y relleno óseo del defecto creado (8), dependiendo de tamaño y localización.

En el caso presentado, la relación con el traumatismo antecedente y la situación periférica, aunque perforada la cáscara de hueso creada, permitieron enfocarlo en su tratamiento de una forma poco agresiva. Así la resección en bloque y relleno del defecto creado con el aporte de hueso liofilizado, permitió ser económicos en la cirugía.

### **Bibliografía**

1. Noijma T, Unni KK, McLeod R, Pritchard D. Periosteal Chondroma and Periosteal Chondrosarcoma. *Am J Surg Pathol* 1985;9:666-72.
2. Schajowicz, F. Tumors and Tumor-like Lesions of Bone and Joints. Buenos Aires: Panamericana, 1982:430-444.
3. Jaffe HL. Aneurismal Bone Cyst. *Bull Hosp Joint Dis* 1950;11:3-13.
4. Lichstein L. Aneurismal Bone Cyst. A Pathological Entity Commonly Mistaken for Giant Cell Tumor and Occasionally for Hemangioma and Osteogenic Sarcoma. *Cancer* 1950;3:279-89.
5. Thompson PC. Subperiosteal Giant-Cell Tumor (Abst). *J Bone Joint Sur* 1957;35-A:497-8.
6. Marcove RC, Sheth DS, Takemoto S, Healy JH. The Treatment of Aneurysmal Bone Cyst. *Clin Orthop Rel Res* 1995;311:157-63.
7. Vergel de Dios AM, Bond JM, Shives TC, McLeod RA, Unni KK. Aneurysmal Bone Cyst: A Clinicopathologic Study of 238 Cases. *Cancer* 1992;69:2921-31.
8. Mirra JM. Bone Tumors: Clinical, Radiologic and Pathologic Correlations. Philadelphia: Lea & Febiger, 1989:1233-334.