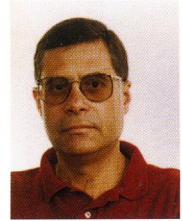


120



Mínguez-Sanz, Juan Manuel.

Quiste óseo aneurismático mandibular

Aneurysmal bone cyst of the mandible

Mínguez-Sanz, Juan Manuel*
Peñarrocha-Diago, Miguel**
Bonet-Marco, Jaime***
Vera-Sempere, Francisco****

*Médico adjunto de la Sección de Cirugía Maxilofacial. Hospital Universitario Infantil La Fe de Valencia.

**Profesor Titular de Medicina Bucal. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Valencia.

***Jefe de la Sección de Cirugía Maxilofacial. Hospital Universitario Infantil la Fe de Valencia.

****Profesor Titular de Anatomía Patológica. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad de Valencia. Jefe de Servicio de Anatomía Patológica II. Hospital Universitario La Fe de Valencia.

Resumen: El quiste óseo aneurismático es una lesión intraósea quística, caracterizada por la presencia de espacios lagunares rellenos de sangre, asociados a una proliferación conectiva con células gigantes y tejido osteroide. Rara vez localizado en la región craneofacial y la mandíbula. Presentamos un quiste aneurismático en ángulo mandibular, en un niño de 11 años. Se realizó la extirpación quirúrgica de la lesión y no hubo recurrencia en un periodo de seguimiento de tres años. Se evalúan y comparan con la literatura revisada la edad de aparición, las características clinicopatológicas, el tratamiento y los resultados quirúrgicos.

Palabras clave: Quiste óseo aneurismático.

Abstract: Aneurysmal bone cyst is a benign intraosseous lesion composed of blood-filled cavernous spaces of varying sizes associated with fibrous connective tissue containing multinucleated giant cells and osteoid. It is rarely found in the craneofacial region and exceptionally in the mandible. A case of aneurysmal bone cyst of the mandible in a eleven-year-old boy is presented. After surgical curettage, there was no recurrence in a 3-year follow-up period. The age distribution, clinicopathologic features, treatment, and surgical results were evaluated and compared with the international literature.

Key words: Aneurysmal bone cyst.

Correspondencia:
Miguel Peñarrocha Diago
Gascó Oliag, 1
46021 VALENCIA

BIBLID [1138-123X (1998)3:5; junio 471-476]

Mínguez-Sanz JM, Peñarrocha-Diago M, Bonet-Marco J, Vera-Sempere F. Quiste óseo aneurismático mandibular. RCOE 1998; 3(5): 471-476.

RCOE, 1998, Vol. 3, Nº 5, 471-476

Introducción

El Quiste óseo aneurismático (QOA) es una lesión quística intraósea, osteolítica y expansiva que se caracteriza por la presencia de espacios lagunares rellenos de sangre, asociados a una proliferación conectiva con células gigantes y tejido osteoide^{1,2}. Es poco frecuente su presentación en la región craneofacial y la mandíbula³.

Presentamos un quiste óseo aneurismático en un niño de 11 años, localizado en el ángulo mandibular. Se

comentan los hallazgos histopatológicos y el tratamiento realizado. Tras la extirpación quirúrgica de la lesión, el paciente fue controlado tres años, sin aparecer recidivas.

Caso clínico

Se trata de un niño de 11 años, al que los padres desde hacía un mes le notaron una tumefacción en el ángulo mandibular derecho, sin dolor, ni molestias locales (fig. 1). No había aumentado de tamaño desde entonces. A la exploración se palpa-

ba una tumoración a nivel del ángulo mandibular, de consistencia dura, aunque depresible. No se apreciaron adenopatías regionales. El hemograma y la bioquímica hemática no evidenciaron alteraciones valorables. La radiografía panorámica extraoral mostró una imagen lítica, de 5x6 cm de bordes bien definidos, que abombaba las corticales (fig. 2). La tomografía computarizada mostró una lesión ósea lítica, expansiva, a nivel del ángulo mandibular, con existencia de distintas densidades, y con un nivel líquido en su interior (fig. 3). Se realizó una arteriografía por vía femoral, que mostró una vascularización normal. Una biopsia por vía intraoral confirmó el diagnóstico de quiste óseo aneurismático.

Se procedió a la extirpación quirúrgica bajo anestesia general. Debido a la extensión de la lesión se planteó un abordaje extraoral, subángulo-mandibular derecho, realizando una incisión desde el punto medio mentoniano hasta el ángulo mandibular, paralela y 2 cm por debajo del borde inferior de la mandíbula. Se expuso mediante disección del borde inferior mandibular. El cortex mandibular estaba muy adelgazado y expandido. La lesión subyacente sangró profusamente, se trataba de un tejido blando, marrón y hemorrágico. Se extirpó la tumoración mediante legrado, respetando los vasos y el nervio dentario inferior (fig. 4 A y B). Se tomó un injerto de cresta iliaca del lado derecho y se rellenó la cavidad con

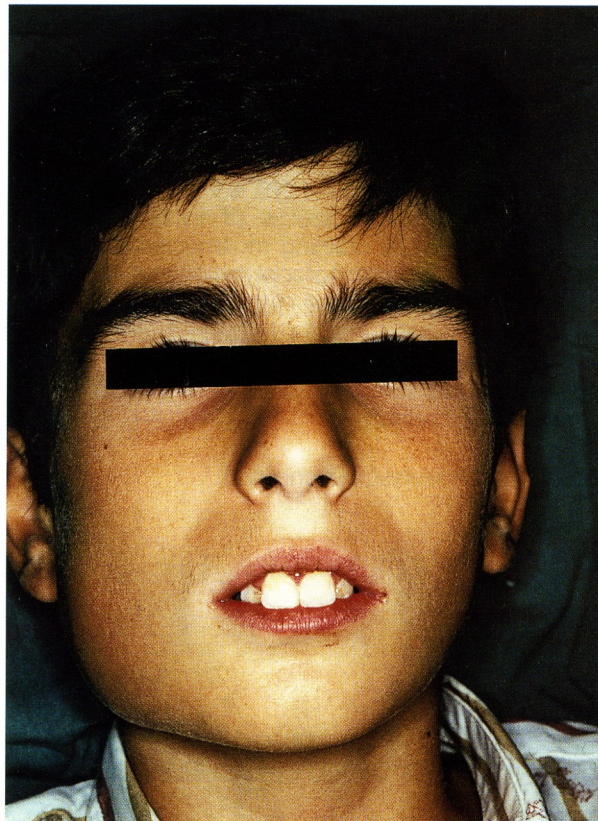


Figura 1. Asimetría facial, por la tumoración del ángulo mandibular.

un hueso autólogo. Se cerró por planos.

El análisis histopatológico de la lesión mostró un tejido fibroconectivo denso que albergaba en su interior una población de células fusiformes, dispuestas de forma entrelazada, con abundantes células gigantes de tipo osteoclasto en su interior; mostrando ambos tipos celulares una apariencia nuclear similar. Existían abundantes canales vasculares en cuyas paredes aparecían también células gigantes. Asimismo, focos de tejido osteoide, en ocasiones calcificados, configurando imágenes de formación ósea metaplástica (figs. 5 y 6).

A los dieciocho meses se apreció radiológicamente una buena regeneración ósea mandibular (fig. 7). El paciente fue controlado 3 años, sin que apareciesen recidivas.

Discusión

El QOA no es un quiste verdadero porque no tiene una capa de recubrimiento epitelial, y ha sido definido como neoplasia, anomalía vascular del desarrollo, y respuesta a un trauma, con una reparación exuberante de hematoma^{2,4}. Es una lesión poco común en maxilares^{1,5}. Ruitter y cols.³ en 1977, de una serie de 103 casos sólo uno se localizó en maxilares. Todavía no es bien conocida la etiopatogenia de la lesión⁵, tiene muchas similitudes con el granuloma central de células gigantes⁶, para algunos autores, el

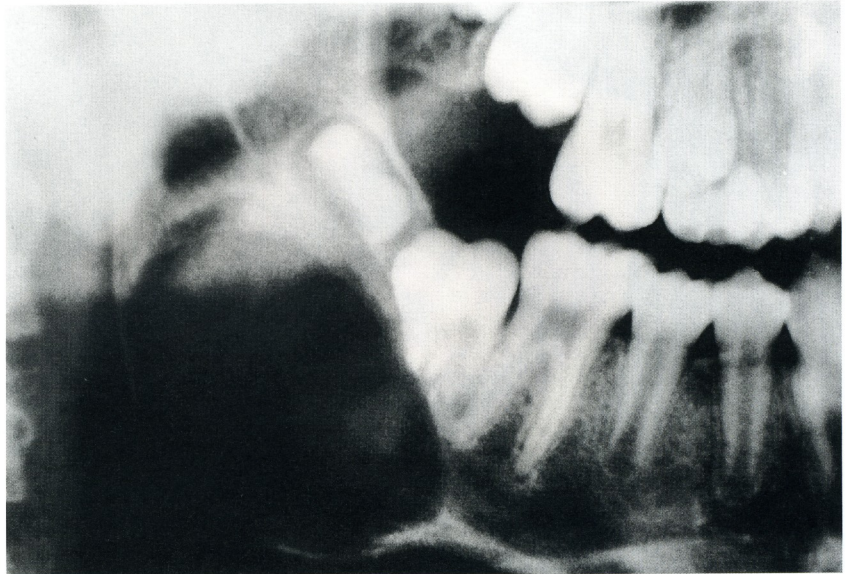


Figura 2. En la radiografía se observa la lesión osteolítica

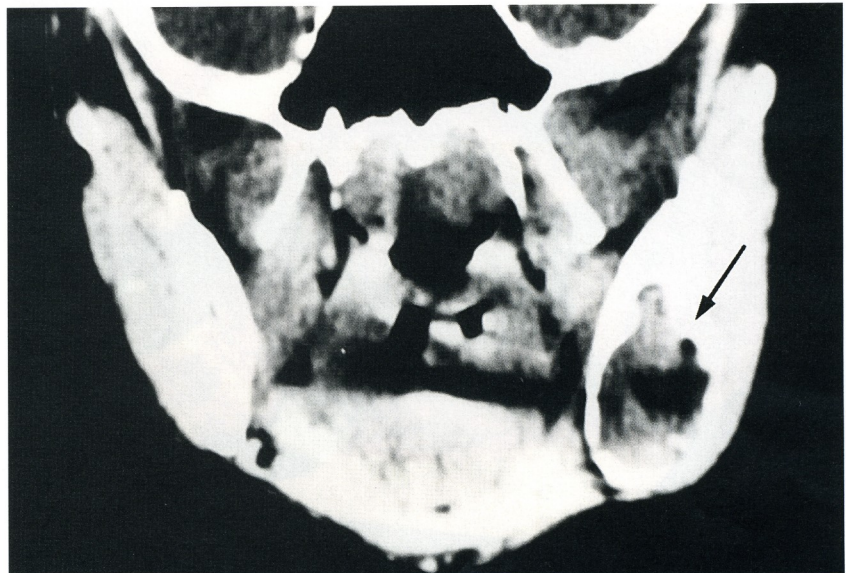


Figura 3. La tomografía computarizada muestra la destrucción ósea mandibular, y existe un nivel líquido (flecha).

QOA sería un tipo de displasia fibro-ósea modificada por cambios quísticos y hemorrágicos⁷. Los pacientes no suelen referir antecedentes traumáticos⁸, tal y como sucedió en nuestro caso. Se han propuesto varias teorías, para Struthers y Shear⁸ se desarrollaría a partir de micro-

quistes, resultantes de edema intercelular en una lesión ósea primaria; la ruptura de los vasos permitiría la entrada de sangre a presión en los microquistes; los espacios vasculares reabsorberían el hueso de alrededor hasta dejar sólo la cortical o llegar al periostio.

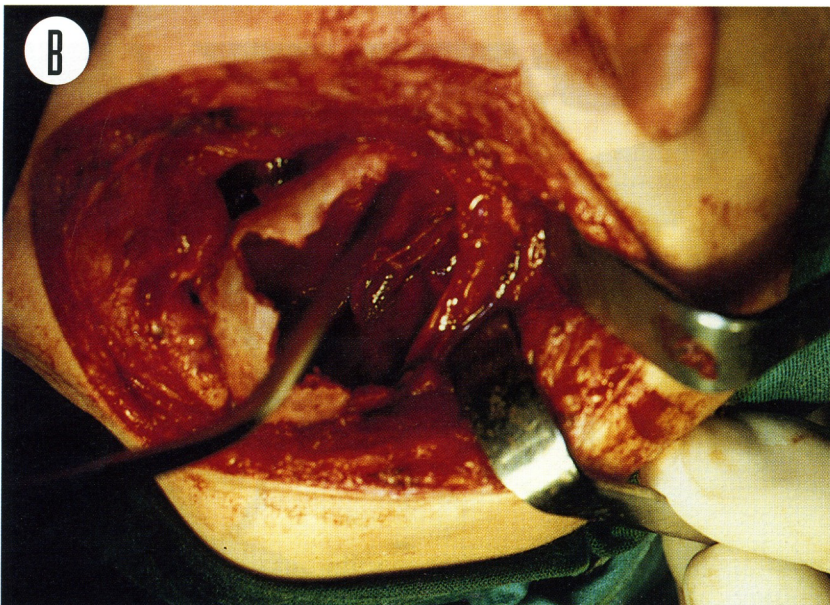
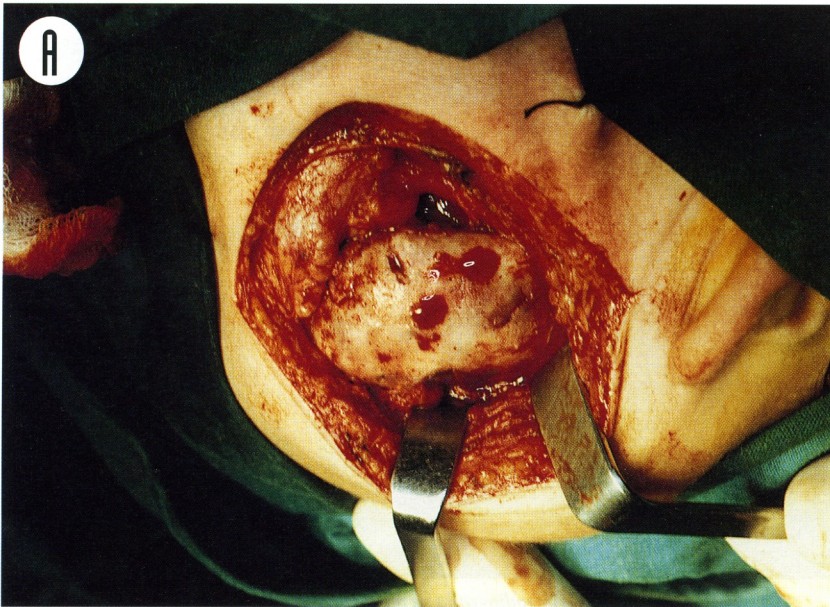


Figura 4 A) Imagen intraoperatoria que evidencia el abultamiento óseo que produce la tumoración, queda una cortical «en cáscara de huevo». B) Se observa la cavidad ósea una vez cureteada la lesión.

Suelen manifestarse en las primeras décadas de la vida, dos de cada tres en pacientes menores de 20 años^{11,5**}; 9,10. Para algunos autores, son más frecuentes en mujeres que en hombres, con una relación de

3:1^{11,5**}; según otros no hay diferencias significativas con respecto al sexo⁹.

La afectación más frecuente, constituyendo dos de cada tres de las lesiones maxilofaciales, es el án-

gulo mandibular; también se presentan en el maxilar superior^{10,11}; y algún caso en el arco zigomástico¹² y suelo de órbita¹¹.

La mayoría de los QOA de los maxilares producen una tumefacción facial indolora, manifestada como una asimetría facial^{11,13} como sucedió en nuestro paciente. A la palpación se aprecia una masa sólida irregular, y cuando la lesión perfora la cortical y está cubierta sólo por periostio o por una fina cáscara ósea, puede apreciarse elasticidad¹¹ tal y como sucedió en el caso presentado.

Radiológicamente aparece un área radiolúcida, con expansión del hueso, y adelgazamiento de la cortical. Puede ser unilocular, pero suelen encontrarse septos o trabéculas, transformándose en multilocular¹⁰. En ocasiones aparecen junto a la resorción ósea imágenes de formación ósea, similar a lo que sucede en el osteosarcoma¹⁴. Se han descrito desplazamientos de los dientes erupcionados, retenidos³ o sin erupcionar¹⁵. En la tomografía computarizada la presencia de niveles líquidos intralesionales es característica^{10,16}; como pudimos observar en nuestro caso. Excepcionalmente se han descrito reabsorciones radiculares^{12,17}.

El diagnóstico basado solamente en las características radiográficas es imposible de hacer, por haber otras entidades con apariencia radiológica similar, como ameloblastomas, mixomas, granulomas de células gigantes, tumores hiperparatiroides¹⁸, quistes odontogénicos, hemangiomas óseos⁴ y tumo-

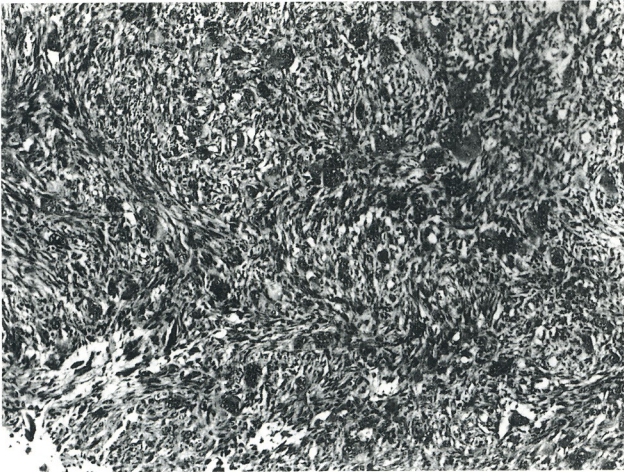


Figura 5. Imagen histológica mostrando una densa proliferación celular de carácter fibroblástico, con abundante componente de células gigantes. La imagen corresponde a una zona sólida de la lesión (H-E, 400x)



Figura 6. Cavity repleta de material hemático limitada por una pared fibrosa desprovista de revestimiento endotelial, en la que se advierte una celularidad fibroblástica abundante con ocasional persistencia de células gigantes (H-E, 400x)

res primarios o metastásicos¹³⁻¹⁹. Antes de biopsiar la lesión se realizó una arteriografía, para descartar un hemangioma o una malformación arteriovenosa, tal y como plantean en un caso similar Mota-medi y cols¹³.

La histopatología mostró una lesión poliquística, cavernosa, con relleno hemático, apreciándose una proliferación conectiva fibroblástica parietal. Existía evidencia de hemorragias recientes y antiguas en las paredes fibrosas, con abundantes células gigantes agrupadas predominantemente alrededor de los focos de hemorragia⁷. Se han descrito otras lesiones óseas asociadas, como displasias fibrosas¹⁹, fibromas cementificantes²⁰, surgiendo la hipótesis de que esta lesión fuese una alteración secundaria a otras lesiones primarias².

El tratamiento es quirúrgico conservador¹², con curetaje cuidadoso, ya que posee una elevada tasa de recurrencias¹¹. Después del cureta-



Figura 7. En el control radiográfico a dieciocho meses de la intervención, se observa una buena consolidación ósea.

je, algunos autores colocan fragmentos óseos para rellenar el defecto^{3,10}, tal y como se hizo en nuestro caso. Sólo en el caso de ser lesiones muy extensas será necesaria la resección de un segmento

mandibular¹³. Las tasas de recurrencia oscilan entre el 21 al 44%¹¹, por lo que los pacientes deben ser controlados periódicamente. Nuestro caso fue controlado tres años, sin recaer.

Bibliografía recomendada

Para profundizar en la lectura de este tema, el autor considera interesantes los artículos que aparecen señalados del siguiente modo: *de interés **de especial interés.

- 1*. Shear M. **Aneurysmal bone cyst**. In «Cyst of the oral regions» Thord Edition. Oxford, Wright 1992; 179-86
- Se trata de una extensa revisión y actualización del tema.
2. Martínez-Conde R, Aguirre JM. **Quistes odontogénicos y de los maxilares**. En "Medicina Oral". Eds. Bagán y cols Barcelona, Masson 1995: 478-88
- 3*. Ruiter DJ, van Rijssel TG, van der Velde EA. **Aneurysmal bone cyst. A clinicopathological study of 105 cases**. Cancer 1997; 39: 2231-9
- Presentan una serie de 105 casos de quistes óseos aneurismáticos en toda la economía, de los cuales sólo 1 se localizó en los maxilares.
4. Karabouta Y, Tsodoulos S, Trihonidis G. **Extensive aneurysmal bone cyst of the mandible: Surgical resection and immediate reconstruction**. Oral Surg 1991; 71: 148-50
- 5**. Motamedi MH, Yazdi E. **Aneurysmal bone cyst of the jaws**. J Oral maxillofac Surg 1994; 52: 471-5
- En este trabajo presentan 11 quistes óseos aneurismáticos maxilares, comentando sus características clinicopatológicas, el tratamiento quirúrgico y la evolución.
6. Stimson PG, McDaniel K. **Traumatic bone cyst, and central giant cell granulom. Pathogenetically related lesions?** J Endodontics 1989; 15: 164-7
7. Cawson RA, Eveson JW. **Oral Pathology and Diagnosis. Colour atlas with integrated text**. William Heinemann London: Medical Books, 1987
8. Struthers PJ; Shear M. **Aneurysmal bone cyst of the jaws. II. Pathogenesis**. Int J Oral Surg 1984; 13: 82-100
9. Zachariades N, Vairaktaris E, Meztis M, Triantafyllou D, Papavassiliou D, Economopoulou P. **Aneurysmal bone cyst of the jaws. Review of the literature and report of 2 cases**. Int J Oral Maxillofac Surg 1986; 15: 534-4
10. Struthers PJ. **Aneurysmal bone cyst of the jaws. I. Clinicopathological features**. Int J Oral Surg 1984; 13: 85-91
11. Ellis JD, Walters PJ. **Aneurysmal bone cyst of the maxillar**. Oral Surg 1972; 34: 26-32
12. Carmichael F, Malcolm AJ, Ord RA. **Aneurysmal bone cyst of the zygomatic bone**. Oral Surg 1989; 68: 558-62
13. Gingell JC, Levy BA, Beckerman T, Tilgham DM. **Aneurysmal bone cyst**. J Oral maxillofac Surg 1984; 42: 527-34
- 14*. Motamedi MH, Khodayari A. **Aneurysmal bone cyst mimicking a malignancy**. J Oral Maxillofac Surg 1993; 51: 691-5
- Estudian un caso clínico que simuló malignidad y recomiendan la práctica de anterografía previa al tratamiento quirúrgico, para descartar una lesión vascular.
15. Nik-Hussein NM, Bonn LC. **Aneurysmal bone of the mandible**. J Pedodontics 1989; 13: 366-72
16. Madjidi A, Brunelle F, Couly G. **Kyste aneurysmal de la mandible: Approche radiologique et thérapeutique de cette tumeur bénigne**. Rev Stomatol Chir Maxillofac 1994; 95: 102-5
17. Kadri F, Janah A, Chekkouri A, Banchekroun. **Le kyste aneurysmal osseux de la mandible. À propos d'un cas et revue de la littérature**. Rev Stomatol Chir maxillofac 1995; 96: 356-9
18. Iliver LP. **Aneurysmal bone cyst**. Oral Surg 1973; 35: 67-76
19. Toljanic JA, Lechewski E, Huvos AG, Strong EW, Scheiger JW. **Aneurysmal bone cyst of the jaws: A case study and review of the literature**. Oral Surg 1987; 64: 72-7
20. Robinson PD. **Aneurysmal bone cyst: A hybrid lesions?** BR J Oral Maxillofac Surg 1985; 23: 220-6