

NOTA CLÍNICA

Quiste óseo aneurismático localizado en trasfondo acetabular en un niño de 7 años: a propósito de un caso



N. Saus Milán*, L. Pino Almero y M.F. Mínguez Rey

Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España

Recibido el 25 de mayo de 2014; aceptado el 15 de septiembre de 2014

Disponible en Internet el 15 de noviembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Quiste óseo
aneurismático;
Tratamiento;
Embolización

Resumen El quiste óseo aneurismático es una lesión neoplásica poco frecuente, que se presenta generalmente en la infancia. Existen diversas alternativas de tratamiento, sin embargo cuando se localizan a nivel pélvico su tratamiento es complejo.

Paciente de 7 años que acude por coxalgia derecha y cojera de 3 meses evolución. En la radiografía inicial se observa discreta reacción periódica y borramiento del trasfondo acetabular. Se realiza resonancia magnética y tomografía, que sugieren el diagnóstico de quiste óseo aneurismático confirmándose mediante biopsia a cielo abierto. Se realizan dos embolizaciones seriadas con buena evolución, mostrándose el paciente asintomático al año.

© 2014 SECOT. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Aneurysmal bone
cyst;
Treatment;
Embolisation

Background acetabular aneurysmal bone cyst in a 7 year-old: Presentation of a case

Abstract The bone cyst is a rare benign tumor that usually develops in childhood. There are several treatment options, however when it is located within the pelvis treatment is complex.

A 7 year-old patient who presented with 3 months of right hip pain and limping. The initial radiograph showed a discrete periostic reaction and acetabulum effacement. The MRI and CT scans suggested the diagnosis of aneurysmal bone cyst and was confirmed by open biopsy. Two serial embolizations were performed with good results, the patient was asymptomatic one year after.

© 2014 SECOT. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El quiste óseo aneurismático es una verdadera neoplasia, que se caracteriza por una traslocación cromosómica t

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: natasaus@hotmail.com (N. Saus Milán).

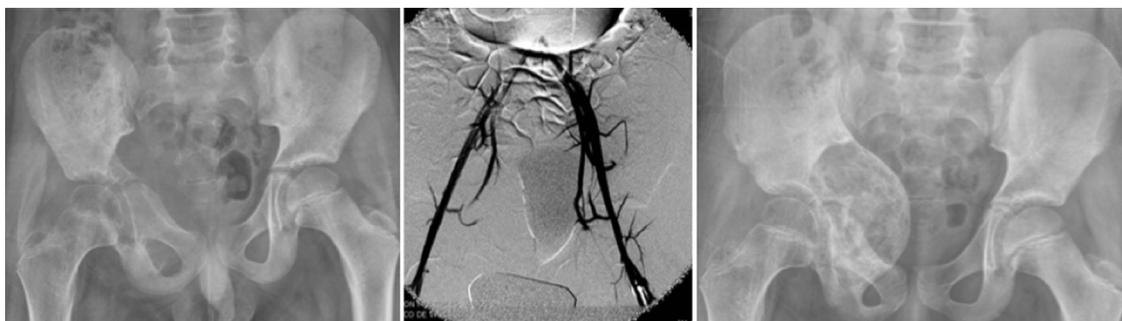


Figura 1 Rx inicial, embolización y rx tras embolizaciones.

(16;17). En los casos primarios se sugiere que es un tumor caracterizado por una mutación en dicho cromosoma y que se caracteriza por ser expansivo y localmente destructivo¹. Tiene muy baja probabilidad de metástasis, pero elevada tasa de recurrencia local. Esta lesión esta constituida por espacios de tamaño variable, llenos de sangre separados por tabiques de tejido conectivo vascular^{1,2}. Representa el 1% de todos los tumores óseos benignos primarios; 3% se presentan en el sacro y del 8 al 12% tienen lugar a nivel de la pelvis^{1,3}. La etiología del quiste óseo aneurismático es aún controvertida. Pueden existir ya sea como lesiones óseas primarias (70% de los casos) o como lesiones secundarias que surgen en otras patologías óseas (30% de los casos).

La regresión espontánea del quiste es infrecuente^{2,3}. Las lesiones generalmente se tratan con éxito por curetaje intralesional e injerto óseo cuando se encuentran en los huesos de las extremidades, además existen otras posibilidades terapéuticas como son la embolización previa al curetaje y relleno con esponjosa y la escleroterapia percutánea.

Sin embargo, existen factores especiales que deben tenerse en cuenta en el tratamiento de los quistes óseos aneurismáticos a nivel de la pelvis, como son la relativa inaccesibilidad de la lesión, el sangrado intraoperatorio asociado, la proximidad a las estructuras neurovasculares, y la vulnerabilidad del acetábulo o de la articulación sacroiliaca.

A continuación, presentamos un caso clínico de un niño de 7 años que fue diagnosticado de quiste óseo aneurismático en el acetábulo y que fue tratado mediante embolización selectiva seriada.

Caso clínico

Se presenta el caso de un niño de 7 años de edad, sin antecedentes médicos de interés, que consultó por clínica de coxalgia derecha irradiada a miembro inferior derecho de características inflamatorias de aproximadamente tres meses de evolución, que había ido aumentando de intensidad de forma progresiva y que requería de la toma de antiinflamatorios no esteroideos de forma habitual, asociado a claudicación a la marcha.

A la exploración física el paciente presentaba un buen estado general, se encontraba normocoloreado y normohidratado, sin lesiones cutáneas ni adenopatías palpables. Presentaba una evidente claudicación a la marcha, dolor localizado en la zona inguinal derecha, y una movilidad de la cadera derecha limitada, con una flexión de 100°, una

rotación interna de 0° y una rotación externa de 30°. Se descartó afectación vasculonerviosa.

Como exploraciones complementarias se realizaron pruebas de imagen mediante radiografía simple de la pelvis en la que se apreciaba una imagen de reacción perióstica y discreto borramiento del trasfondo acetabular derecho (fig. 1); una ecografía abdominal que descartó lesión visceral, compromiso de la vía urinaria, o líquido libre intraperitoneal, pero en la que se observaba la compresión extrínseca sobre la pared lateral derecha de la vejiga por una masa multiquística; una RMN de pelvis en la que se observaba una tumoración ósea dependiente del acetábulo derecho, en su vertiente interna, de tamaño 72 × 52 × 38 mm, de aspecto insuficiente, con múltiples cavidades quísticas que presentaban niveles líquido-líquido con restos hemáticos subagudos en su interior, sin afectación de partes blandas, con captación de gadolinio a nivel de los septos y la periferia de la lesión, compatible con quiste óseo aneurismático (fig. 2); una TC de pelvis que mostró la lesión lítica expansiva en trasfondo acetabular e isquion derecho, con adelgazamiento de la cortical y con áreas hipointensas en su interior así como pruebas de laboratorio, en las que destacó la presencia de una anemia ferropénica.

Con los datos clínicos descritos, la primera opción diagnóstica fue de quiste óseo aneurismático de acetábulo derecho. Para confirmar el diagnóstico y realizar el diagnóstico diferencial con otros tipos de tumor como el osteosarcoma telangiectásico o el tumor de células gigantes, se realizó una punción-biopsia guiada por TAC, en la que se descarta la presencia de células neoplásicas malignas.

Dado el alto riesgo de sangrado difícilmente controlable por su situación, la localización de la lesión y su tamaño importante que limitaban el tratamiento tradicional de estas lesiones mediante curetaje/exéresis en bloque y relleno con injerto óseo, se decidió realizar una embolización percutánea del tumor.

A los 5 días de la embolización el paciente presentaba clínica de dolor intenso que mejoraba parcialmente con analgésicos, por lo que se realizaron nuevas pruebas de imagen, radiografía simple y RMN, en las que se apreciaba un crecimiento volumétrico de la lesión de 1 cm.

Ante estos hallazgos, se decidió realizar una biopsia a cielo abierto a través de un abordaje ilioinguinal. Para ello, se realizó una incisión a lo largo de la cresta iliaca, pasando por encima de la espina iliaca anterosuperior y dirigiéndose hacia la parte lateral del muslo. Posteriormente se realizó división de los músculos sartorio y del tensor de la fascia lata

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4086154>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4086154>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)