

CASO CLINICO

## QUISTE OSEO ANEURISMÁTICO GIGANTE DORSAL

A. MARTINO (h.), M. ACUÑA, A. MOSTO, A. MARTINO

PALABRAS CLAVE: Quiste óseo aneurismático vertebral - Compresiones radiculo-medulares

### Introducción

Esta entidad clínica cuya descripción corresponde a Jaffe (3) y Lichtenstein (4) en el año 1950, era anteriormente considerada como "Tumores de Células Gigantes" u "Osteosarcomas Telangiectásicos" y corresponde a estos autores su reconocimiento como una entidad patológica distinta.

Actualmente se la considera una lesión ósea no neoplásica, expansiva, constituida por espacios de tamaño variable con contenido hemático, separados por tabiques conjuntivos con depósito de tejido óseo u osteoide y células gigantes osteoclásticas (6).

Hay cierto acuerdo en cuanto a la etiopatogenia del Quiste Oseo Aneurismático, considerándose que una lesión primaria, frecuentemente una trauma o un tumor, crean una fistula arteriovenosa con cambios hemodinámicos que reactivan la lesión primaria estableciéndose esta patología (1-5).

Se observa comúnmente en individuos en la segunda década de la vida, apreciándose en grandes series de casos, edades límites de 1,5 y 63 años y un ligero predominio por el sexo femenino (1-3-4-5-7-).

Su localización es diversa, encontrándose coincidencia en las distintas publicaciones, como lugar más frecuente de origen del Quiste

Oseo Aneurismático, los huesos largos de las extremidades; siendo francamente menor su incidencia en columna vertebral y huesos planos. Hemos hallado también descripciones aisladas de esta entidad en huesos de las manos, pies, cara y cráneo.

### Caso Clínico

Se trata de una paciente del sexo femenino de 53 años de edad con antecedente de traumatismo vertebral 1,5 año antes de la consulta.

En octubre de 1986 comienza con dolor intenso en flanco izquierdo que posteriormente se irradia en hemicinturón. Este dolor era desencadenado por la tos, el estornudo, o cualquier maniobra de Valsalva, hasta que finalmente, se instaló en forma permanente.

Fue evaluada clínicamente mediante diversos estudios que resultaron negativos hasta que, por último, ante la sospecha de un tumor retroperitoneal, se solicitó una tomografía computada abdominal, visualizándose a nivel de la duodécima vértebra dorsal una imagen hipodensa que motivó nuestra intervención.

El examen neurológico realizado en esa ocasión no permitió objetivar signos de déficit alguno, existiendo únicamente una zona de

hiperestesia correspondiente al undécimo nervio dorsal izquierdo.

El análisis retrospectivo de las radiografías nos permitió reconocer la imagen osteolítica a nivel de D12 que había pasado desapercibida (Figura 1)

Se solicitó una tomografía computada vertebral a ese nivel con Metrizamida, observándose una gran lesión expansiva osteolítica que comprometía el cuerpo y el pedículo izquierdo de D12, desplazando francamente el cilindro dural en sentido contrario. Existía además compromiso de la cara inferior de la undécima vértebra dorsal (Figura 2).

Fue intervenida quirúrgicamente encon-

trándose un tumor conformado por una masa blanda, rojovinosa, sangrante, y áreas quísticas de contenido hemático. El mismo fue extraído totalmente realizando un cureteado amplio de la cavidad residual.

El estudio anatomopatológico demostró un tejido conectivo trabeculado muy vascularizado, con áreas de extravasación sanguínea de diferente extensión. El interior de estos tabiques presentaban células gigantes multinucleadas, depósitos cálcicos y zonas con hueso de neoformación.

En base a estos caracteres descriptos se realizó el diagnóstico de Quiste Oseo Aneurismático.



Figura 1.



Figura 2.

### Discusión

La escasa incidencia del Quiste Oseo Aneurismático como factor desencadenante de compresión radículo-medular sumado a las excepcionales dimensiones alcanzadas en el caso de referencia motivan esta comunicación.

Considerando conjuntamente la totalidad de nuestra casuística, que comprende más de 30 años de actividad neuroquirúrgica, se trata del segundo caso de Quiste Oseo Aneurismático

de localización vertebral y el único con la extensión descrita.

Las características clínicas y el antecedente traumático no son suficientes para sospechar esta patología; la radiología simple sólo muestra una lesión osteolítica y el recurso actual de la tomografía computada, permite observar una lesión expansiva hipodensa, como es factible de hallar en las lesiones metastásicas, Plasmocitoma u Osteosarcoma (2). En consecuencia, el diagnóstico prequirúrgico de Quiste Oseo Aneurismático es difícil, pero se

trata de una entidad a tener en cuenta en el estudio de las compresiones radículo-medulares.

Como casi toda compresión radículo-medular, requiere de la cirugía descompresiva para eliminar la lesión causal. Realizamos en esta ocasión la resección de la lesión con cureteado del lecho residual sin dejar implantes de hueso ni utilizar medios de fijación interna porque se conservaba buena parte del cuerpo vertebral con tejido óseo de características normales y carillas articulares indemnes no tratándose, por lo tanto, de una columna inestable.

No utilizamos la radioterapia posterior ya que existen publicaciones que citan la transformación sarcomatosa como complicación de la misma (1) y con la técnica utilizada se obtienen buenos resultados con una baja tasa de recidivas.

### Conclusión

El Quiste Oseo Aneurismático vertebral es una entidad no neoplásica, benigna, más frecuente en mujeres jóvenes y pasible de desencadenar un cuadro de compresión radículo-medular.

Puede manifestarse por un dolor inespecífico, una radiculalgia o síntomas de vías larga. Radiológicamente se traduce por una lesión osteolítica que afecta al arco posterior, pedículos y menos frecuentemente, el cuerpo vertebral.

El tratamiento de elección es la resección amplia con cureteado de la cavidad residual, obteniéndose con este tratamiento un bajo porcentaje de recidivas. Como complicación de la radioterapia se cita la transformación neoplásica, reservándose ésta, para los casos no quirúrgicos.

### BIBLIOGRAFIA

1. **Biesecker JL y Col:** Aneurysmal Bone Cysts. A Clinicopathologic Study of 66 Cases. *Cancer* 26:615, 1970.
2. **Donovan Post MJ:** Radiographic Evaluation of the Spine. Current Advances with Emphasis on Computed Tomography. Masson Publishing USA, INC. 1980.
3. **Jaffe HL:** Aneurysmal Bone Cysts. *Bull Hosp Jt Dis* 11:3-13, 1950.

4. **Lichtenstein L:** Aneurysmal Bone Cyst. A Pathological Entity Commonly Mistaken for Giant-Cell Tumor and Occasionally for Hemangioma and Osteogenic Sarcoma. *Cancer* 3:279-289, 1950.

5. **Lichtenstein L:** Aneurysmal Bone Cyst. Observations of Fifty Cases *J Bone Jt Surg* 39 A:873-882, 1957.

6. **Schajowicz F y Col:** Clasificación Histológica Internacional de Tumores. N° 6. Tipos Histológicos de Tumores Oseos. OMS, 1972.

7. **Tillman BP y Col:** Aneurysmal Bone Cyst. An Analysis of Ninety-Five Cases. *Mayo Clin Proc* 43:478-495, 1968.