

QUISTE ÓSEO ANEURISMÁTICO: Resección + peroné banco

J. De la Hera Fernández ¹; M. Ortiz Gutiérrez ¹; A. Fernández González ¹; A. Ramos Luque ¹; M. Rubio Lorenzo ².
 (1)Hospital General Sierrallana. (2) Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. - Cantabria.

Introducción

El Quiste Óseo Aneurismático (QOA) es una **lesión ósea lítica** (1'4% de los tumores óseos primarios) formada por cavidades quísticas con contenido hemático, expansiva y localmente agresiva, dando **abombamiento perióstico** y **adelgazamiento cortical**.

Material y métodos

Niño de 11 años que acude tras diagnóstico de **QOA metafodifisario de cúbito distal (Figura 1)**. La lesión ha progresado en 2 meses, por lo que se amplía estudio con **RMN**, que informa: "**lesión ósea expansiva, con epicentro metafisario distal, afectando a todo el segmento óseo y con marcado adelgazamiento cortical. Muestra morfología redondeada multiseptada, dominante quística, con diámetro máximo de 5cm**", planteándose diagnóstico diferencial con *osteosarcoma telangiectásico (Figura 2)*.

Resultados

Se procede a **resección ampliada** con **injerto de peroné de banco**, fijado con **aguja KW endomedular**, además de **epifisiodesis de radio distal (Figura 3)**.

- La anatomía patológica confirma el QOA **sin focos de malignización**.
- El paciente es enviado a rehabilitación por limitación en la pronación (BA 0°).
- **A los 5 meses** se retira la aguja y se **recupera la pronación completa**.

Tras 2 meses de la cirugía, sufre caída con **fractura diafisaria del injerto**. Se decide tratamiento iniciar ortopédico con inmovilización prolongada para evitar la cirugía, sin embargo, desarrolló una **pseudoartrosis hipertrófica asintomática (Figura 3)**.

Recientemente ha sido intervenido mediante injerto autólogo de olecranon y una placa de antebrazo FreeFix® (**Figura 5**). A día de hoy, **el caso sigue abierto**.



Figura 1: Lesión insuflante: QOA metafisario.



Figura 2: Secuencias axiales y coronales de RMN en T1, T2 y Dixon con gadolinio.



Figura 3: Injerto de peroné con aguja KW intramedular a los 5 meses.



Figura 4: Pseudoartrosis hipertrófica tras caída.



Figura 5: Tratamiento de la pseudoartrosis hipertrófica: Injerto autólogo de olecranon ipsilateral junto a placa FreeFix® tras la resección del callo y perforación del canal medular.

Conclusión

La localización del QOA más frecuente es en **metáfisis de huesos largos, vértebras (11'2%) y pelvis (11'6%)**, aunque puede aparecer en cualquier región del esqueleto. Debido a su etiología como proceso reactivo a una malformación venosa, una opción terapéutica es la **embolización selectiva** (como tratamiento único o como adyuvante, con 40% recidiva), **resección quirúrgica** (0% recidiva), **legrado** con o sin injerto (30'8% recidiva), **radioterapia** o **técnicas percutáneas** si la cirugía no es posible.

En la literatura se presenta el **injerto de peroné**, tanto **vascularizado** como **no**, para el tratamiento de grandes escisiones, principalmente en metacarpianos o metatarsianos. En este caso no se pudo optar por autoinjerto con disección subperióstica por el tamaño necesitado, recurriendo a injerto de banco con buena evolución inicial.