

Quiste oseo aneurismático subperiostico e intracortical

Reporte de un caso

Luis Carlos Gómez Mier.* Zulma Liliana Méndez Campos**

*Ortopedista Oncólogo. Hospital Universitario de la Samaritana, Clínica Oncológica Ciosad. Bogotá

**Médico Patólogo, Hospital San Rafael. Bogotá.

Resumen

Los quistes óseos aneurismáticos son lesiones infrecuentes y su presentación subperiostica e intracortical es más rara aún. Presentamos el caso de un paciente con antecedente de una lesión maligna en testículo que un año después presentó una lesión en la diáfisis humeral concluyendo luego del diagnóstico diferencial que se trataba de un quiste óseo aneurismático e intracortical.

Palabras clave: Quiste óseo aneurismático, intracortical, subperiostico

Summary

The aneurismal bone cyst is infrequent lesion. Subperiostial and intracortical presentation is even more unusual.

We saw a patient with a malignant testis tumor, who developed, one year later a lesion in humeral diaphysis. The differential diagnosis includes an aneurismal bone cyst subperiostial and intracortical.

Introducción

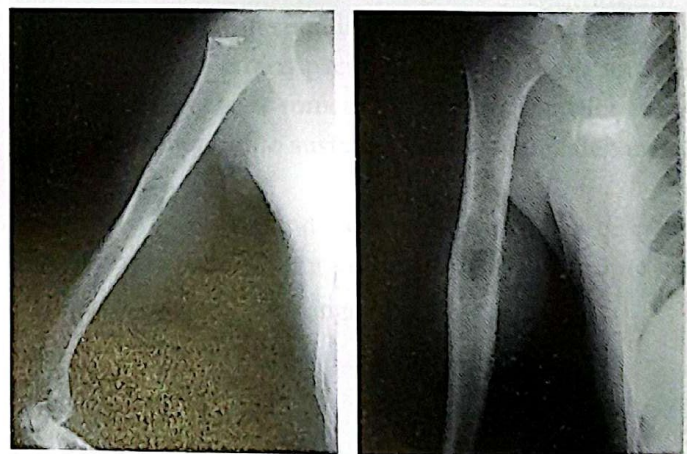
Los quistes óseos aneurismáticos son lesiones quísticas que constituyen entre el 1 y el 2 % de los tumores óseos, y que se localizan más frecuentemente en la región metadiáfisis de los huesos, el hallazgo en una localización subperiostica o intracortical es muy infrecuente.

Presentamos el caso de un paciente con antecedente de un carcinoma embrionario de testículo izquierdo que presentó un año más tarde una lesión quística subperiostica en el humero derecho y en el cual la sospecha diagnóstica inicial fue una lesión metastásica.

Reporte del caso

Paciente de 35 años de edad que consultó el 14 de Noviembre del 2001 por dolor progresivo e intenso y presencia de masa en el brazo derecho de un mes de evolución.

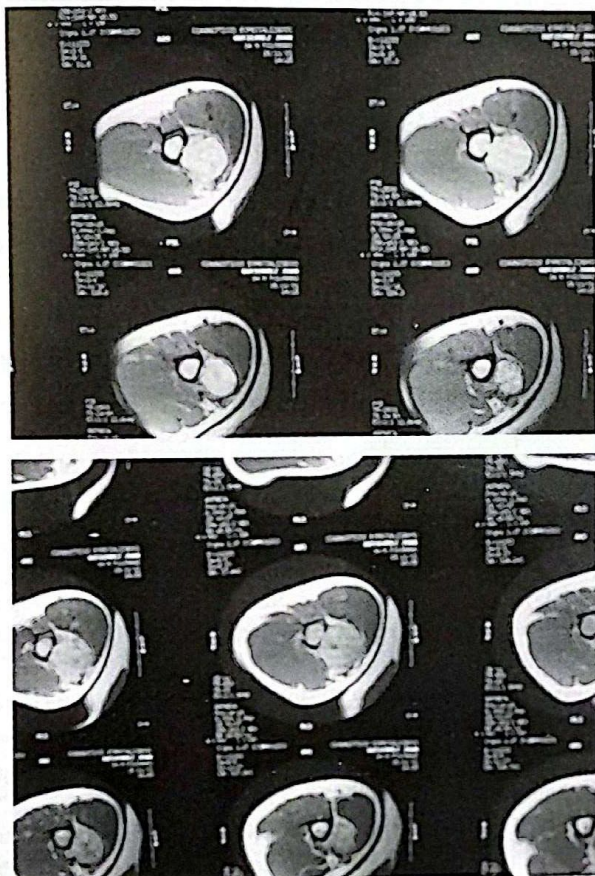
En el examen físico se documentó la presencia de una masa de 3 X 5 cms de consistencia dura, unida a planos profundos y dolorosa a la palpación, que no interfería con la función del codo ni del hombro; el resto del examen físico del paciente era normal al igual que su estado general. En las Rx tomadas a su ingreso se observaba una imagen calcificada unida a la cortical interna del humero, con erosión de la misma. (Figuras 1a y 1b)



(Figuras 1a y 1b) Rx Ap y Lt de la lesión

Como antecedente de importancia tenía un diagnóstico de septiembre del 2000 de carcinoma embrionario de testículo izquierdo manejado con orquidectomía, vaciamiento ganglionar y quimioterapia con cisplatino, etoposido y bleomicina. Se reportaron tres ganglios positivos de los 11 reseca-dos. Los estudios de extensión, Rx de tórax, y TAC abdominopélvicos eran normales desde el principio y en el último control. Los marcadores tumorales como la alfafetoproteína y la gonadotropina corionica eran también normales.

Se solicitó resonancia magnética observando una imagen quística que comprometía la medular del tercio medio del húmero derecho con una ruptura de la cortical en el borde interno, adyacente a la cual se encontró una masa lobulada de tejido blando de 6 X 3.5 X 4.5 cms hipointensa en T1 e hiperintensa en las demás secuencias, con presencia de niveles líquidos. (ver figuras 2a y 2b). En la gammagrafía ósea se observaba una lesión focal hipercaptante que comprometía el tercio medio del húmero derecho sin captación en otras zonas. (Figura 3)



(Figuras 2a y 2b) RNM cortes axiales



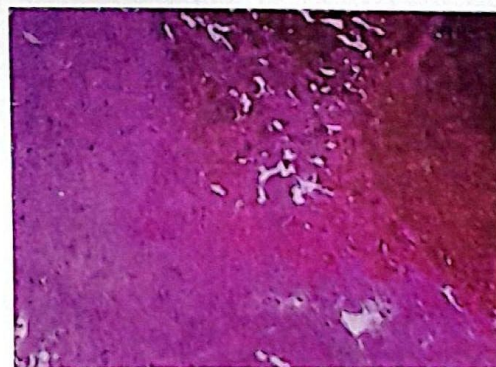
(Figura 3) Gammagrafía ósea total

Se decidió tomar una biopsia el 30 de noviembre de 2001, y durante el procedimiento se documentó la presencia de una masa quística de contenido sanguinolento que desapareció al incidirla. La biopsia reportó cambios reparativos y reactivos fibro-óseos, sin evidencia de lesión tumoral o metastásica. En los controles inmediatos el paciente refirió que el dolor y la masa habían desaparecido, permaneció en control estricto y 3 semanas después consultó nuevamente por aumento del dolor y presencia de masa en el mismo sitio. Se solicitó un TAC que mostró en el tercio medio de la diáfisis del húmero en su cortical interna una masa sólida que rompía la cortical e involucraba la medular, con unos diámetros de 40 X 40 mm, calcificada en su periferia y conceptos calcificados. (Figura 4)



(Figura 4) TAC compromiso óseo

Se decidió una cirugía definitiva con resección marginal de la masa. El reporte definitivo de patología fue un quiste óseo aneurismático. (Figura 5)



(Figura 5) Imagen histológica

Discusión

Un paciente que consulta por el dolor y la masa en su brazo derecho con un antecedente de un carcinoma de testículo un año antes, obliga a pensar como primera posibilidad diagnóstica en una lesión metastásica que debe documentarse.

En este caso el carcinoma de testículo como antecedente un año antes de la aparición de la lesión del humero y a pesar de los marcadores tumorales normales obligaba a descartar la presencia de una lesión metastásica.

En la actualidad el carcinoma de testículo estadio II como el de este caso, con el manejo de orquidectomía, linfadenectomía y quimioterapia, muestra un porcentaje de curación mayor del 95 % ^(1,2). Con controles de marcadores tumorales normales al igual que los restantes estudios de extensión se abre la posibilidad de un diagnóstico diferente al de lesión metastásica. Las imágenes diagnósticas mostraron una lesión que comprometía la cortical interna con la presencia de una masa de paredes calcificadas de contornos bien definidos de apariencia poco común. La realización inicial de la biopsia descartó la presencia de una lesión tumoral o metastásica y la cirugía definitiva mostró en la patología una lesión típica de un quiste óseo aneurismático.

Con las características radiográficas se hace el diagnóstico de un quiste óseo aneurismático de localización intracortical y subperiostica.

Las lesiones quísticas se asocian bajo la denominación de lesiones pseudotumorales del hueso, porque no se consideran verdaderos tumores óseos.

El quiste óseo aneurismático es una lesión expansiva y destructiva del hueso caracterizada por la presencia de canales separados por septos fibrosos, con adelgazamiento o por el contrario, con engrosamiento de las corticales y que puede contener o no células gigantes. Se presenta con una

frecuencia cercana al 1% al 2% de todas las biopsias de tumores óseos, y su incidencia es solo la mitad de la del tumor de células gigantes. ⁽³⁾

Los quistes óseos aneurismáticos subperiosticos y/o intracorticales son aún más raros. En un reporte del Royal Hospital en Birmingham (Inglaterra) encontraron 23 casos durante un lapso de 20 años, de los cuales solo cuatro fueron clasificados como mixtos es decir intracorticales y subperiosticos. ⁽⁴⁾

La mayoría de estas lesiones se localizan en la superficie de los huesos largos, fémur, tibia y humero principalmente con un diámetro que puede llegar a los 6 cms. ⁽⁵⁾

Algunos autores sugieren que la lesión se origina por un desorden vascular secundario a trauma de la arteria nutricia, produciendo un hematoma con agentes osteoinductivos potentes ⁽⁶⁾, en el caso de este paciente no existía el antecedente de trauma en el brazo derecho, no se encontró ninguna asociación con el cáncer de testículo o por efecto de la quimioterapia con la aparición de esta lesión ósea.

Bibliografía

1. Bosl GJ, Gluckman R, Geller NL, et al.: VAB-6: An effective chemotherapy regimen for patients with germ-cell tumors. *Journal of Clinical Oncology* 4(10): 1493-1499, 1986.
2. Williams SD, Stablein DM, Einhorn LH, et al.: Immediate adjuvant chemotherapy versus observation with treatment at relapse in pathological stage II testicular cancer. *New England Journal of Medicine* 317(23): 1433-1438, 1987.
3. Unni KK. *Dahlin's bone tumors: General aspects and data on 11,087 cases*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1996. p 382-90.
4. Maiya S., Davies M., Evans N., Grimer J. :Surface Aneurysmal Bone Cyst: A Pictorial review. *Eur Radiol*; 12(1): 99-108, Jan 2002.
5. Worentler K, Brinkschmidt C. Imagen features of subperiosteal aneurysmal bone cyst. *Acta Radiol*; 43(3): 336-9). May 2002.
6. Capana R., Campanacci D, Manfrini M. *Orthopedic Clinics of North America*, Volume 27, Number 3, July 1996.