

CASO CLÍNICO: QUISTE ÓSEO ANEURISMÁTICO VERTEBRAL

LOPEZ ALVAREZ, B; RODRIGUEZ MATUTE, A; GRANDE CABALLERO, ML
HOSPITAL SANTA ANA, MOTRIL

OBJETIVOS Presentación de un caso de quiste óseo aneurismático en columna lumbar



1. Radiografía inicial dónde la lesión puede pasar desapercibida 2. RMN con contraste donde se aprecia quiste óseo captante 3.y4. TAC dónde se aprecia lesión bien delimitada

MATERIAL Y METODOLOGIA

Paciente de 25 años, sin antecedentes de interés, trabaja como camarero, IMC 33, con lumbalgia mecánica de 1 año de evolución sin raquialgia asociada. En radiografía se observa disminución del espacio L5-S1 sin otros cambios. Se solicita RMN donde se aprecia una lesión ósea de características no agresivas compatible con quiste óseo aneurismático. Se amplía estudio con TAC, informado como lesión bien delimitada con halo escleroso e irregularidad de superficie de platillo superior. Se solicita biopsia transpedicular radioguiada de la lesión obteniéndose sangre y fragmentos oseos con cambios reactivos/reparativos, compatible con quiste óseo aneurismático. Persiste dolor lumbar EVA 7/10 con dolor nocturno asociado.

RESULTADOS

Ante la persistencia clínica se realiza nueva biopsia y aspiración de la lesión con cementación transpedicular radioguiada de la lesión en el mismo acto. A los tres meses la clínica dolorosa ha desaparecido y se aprecia espacio de lesión correctamente cementado en radiografía.



Cementación transpedicular radioguiada de la lesión



Radiografía donde se aprecia cementación completa de lesión

CONCLUSIONES

El quiste óseo aneurismático constituye un tumor osteolítico, de comportamiento benigno, crecimiento rápido y ocasionalmente de comportamiento agresivo. Afecta generalmente a grupos jóvenes (10 - 20 años). Comprende 1.4 % de todos los tumores óseos y se localiza con mayor frecuencia en la metáfisis de huesos largos, siendo infrecuente en columna. En estos casos se localiza con mayor frecuencia en región torácica. Puede provocar inestabilidad y compresión de la médula espinal. Es posible confundirla con otras neoplasias, por lo que el diagnóstico definitivo mediante biopsia es imprescindible. El tratamiento habitual es la resección completa, con aporte de injerto y estabilización si lo precisan. En este caso se realizó un manejo con aspiración y cementación radioguiada con buenos resultados.

59 CONGRESO
secot

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA