

QUISTE ÓSEO ESENCIAL: ¿VIGILAR O TRATAR?

Zorío Hernández, M^a B., Merino Rius, A., Comellas Miralles, E., Viciano Abad, R., Márquez Márquez, E. J.

HTVC

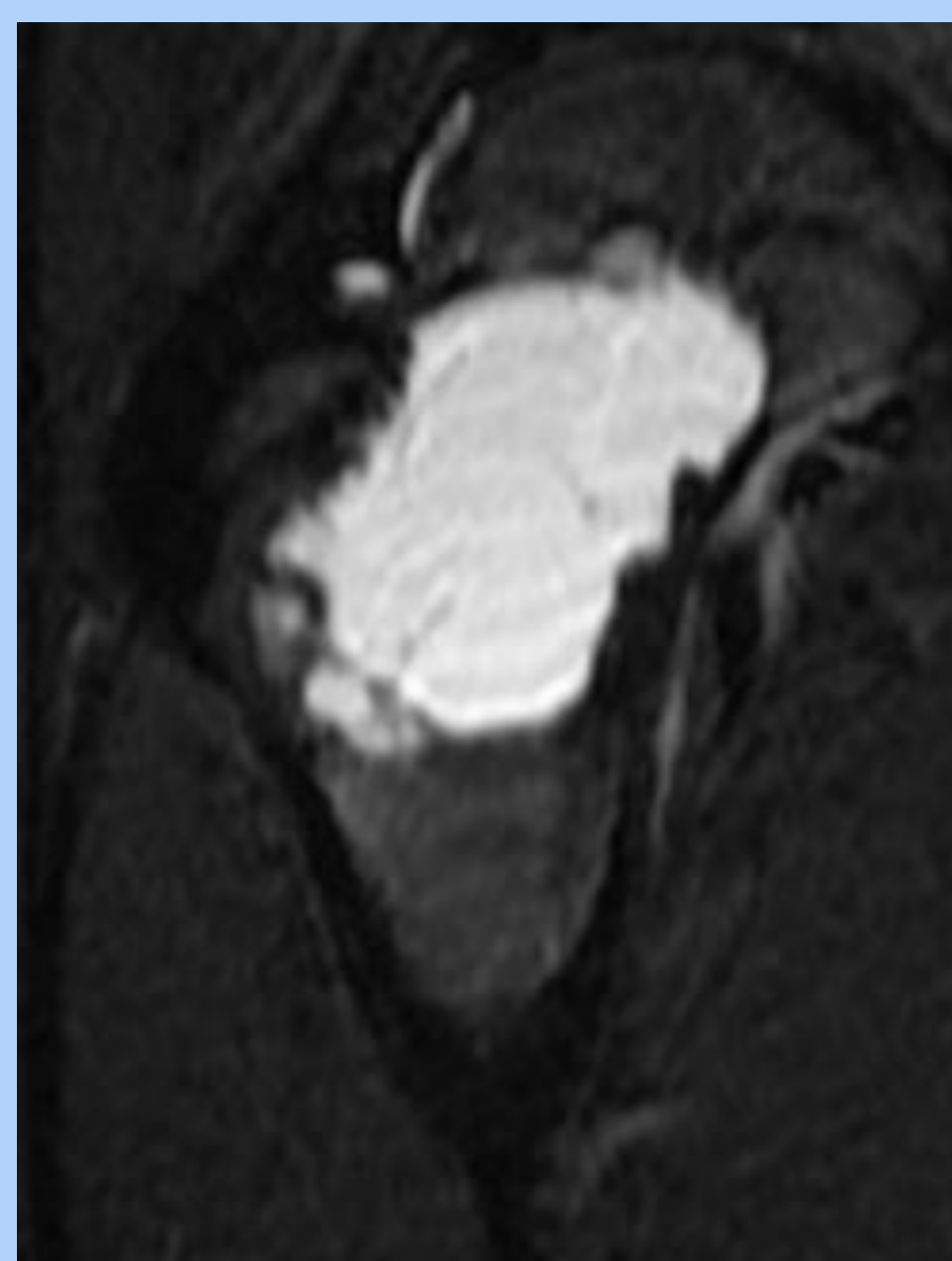
Hospital de Tortosa
Verge de la Cinta

Introducción

Un quiste óseo esencial es una cavidad intramedular rellena de líquido que crece y provoca un adelgazamiento de las corticales. Supone el **3% de las biopsias** de tumores óseos. Se produce por un bloqueo del drenaje venoso que aumenta la presión intraósea y remodela el hueso esponjoso.

Objetivo:

Exponer un caso clínico y realizar una revisión bibliográfica sobre el diagnóstico del quiste óseo esencial, cómo reducir el riesgo de fractura y las diferentes opciones terapéuticas.



Material y métodos:

El **85%** ocurre en niños y adolescentes. La localización más frecuente es la **metáfisis de huesos largos** (húmero y fémur). Puede permanecer **asintomático** en el **80%** de los pacientes o cursar con dolor moderado, tumefacción o fractura patológica tras traumatismos de baja energía.

El diagnóstico es radiográfico: imagen lítica intramedular, central siendo rara la rotura de cortical y afectación de tejidos blandos. Existen dos signos radiográficos patognomónicos: el fragmento caído y la burbuja ascendente. La presencia de fluido en la RM confirma la naturaleza quística.

El objetivo del tratamiento es prevenir las fracturas patológicas, recurrencias y favorecer la consolidación ósea.

Se indica tratamiento conservador en pacientes asintomáticos sin riesgo de fractura. Si existe riesgo alto de fractura o **fractura patológica** ya establecida se debe realizar **tratamiento quirúrgico**: inyección intralesional de corticoides, resección abierta o curetaje e injerto óseo con o sin adyuvantes (tornillos canulados o clavos intramedulares flexibles).

Resultados:

Paciente de 10 años con dolor en cadera derecha de un año de evolución que se intensifica y altera la deambulación.

En la radiografía se objetiva una lesión radiolúcida, multiloculada, central, intramedular que no insufla las corticales en el cuello femoral. La RM informa de lesión osteolítica no agresiva.

Se produce una fractura pertrocanterea no desplazada antes del tratamiento definitivo.

Se indica tratamiento quirúrgico y se realiza una ventana ósea subtrocanterea, se vacía el quiste y se rellena con aloinjerto óseo. Se fija con un tornillo canulado.

El resultado anatomopatológico del líquido extraído fue: quiste óseo simple.



Conclusión:

El quiste óseo esencial puede ser asintomático o debutar como fractura patológica. Hay que individualizar el riesgo de fractura y optar por un tratamiento que permita la consolidación ósea, disminuya el riesgo de fractura y las recurrencias.

Bibliografía:

Rutkowski M, Niewinska K. The epidemiology of benign proliferative processes of the skeletal system in children. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(17):9338.

Noordin S, Allana S, Umer M, Jamil M, Hilal K, Uddin N. Unicameral bone cysts: Current concepts. Ann Med Surg (Lond). 2018;34:43–9.

Vigler M, Weigl D, Schwarz M, Ben-Itzhak I, Salai M, Bar-On E. Subtrochanteric femoral fractures due to simple bone cysts in children. J Pediatr Orthop B. 2006;15(6):439–42.

Li W, Xu R, Du M, Chen H. Comparison of titanium elastic intramedullary nailing versus injection of bone marrow in treatment of simple bone cysts in children: a retrospective study. BMC Musculoskelet Disord. 2016

59 CONGRESO
secot

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA