

# QUISTE ÓSEO ANEURISMÁTICO DE TERCIO PROXIMAL DE PERONÉ EN ORTOPEDIA INFANTIL. IMPLICACIÓN CLÍNICA Y MANEJO.

Raya Roldán, D. (1), Cabello Blanco, J. (2), Temboury Vilaseca, F. (3), Moraleda Novo, L. (2), González Moran, G. (2)

(1) Hospital U. Poniente, Cirugía Ortopédica y Traumatología (El Ejido, Almería)

(2) Hospital U. La Paz, Unidad Ortopedia Infantil, Cirugía Ortopédica y Traumatología (Madrid)

(3) Hospital San Agustín, Cirugía Ortopédica y Traumatología (Linares, Jaén)

## Objetivo

El **quiste óseo aneurismático (QOA)** se considera un tumor benigno pero localmente agresivo. Se considera que es el 9,1% de todos los tumores óseos y el 75-90% se diagnostican antes de los 20 años, por ello la importancia de conocer dicha entidad y su manejo en unidades de Ortopedia Infantil. Su **localización en peroné proximal es altamente infrecuente**. Presentamos a continuación el siguiente caso clínico.

## Resultados

Completamos el estudio con radiografía, RMN, gammagrafía y biopsia, informando de tumoración intraósea quística con componente fibroblástico y presencia salpicada de osteoclastos, compatible radiológico-patológicamente con QOA.

Se opta como tratamiento la **resección intralesional ampliada** de la lesión tras disección cuidadosa del nervio ciático poplíteo externo. La fase de reconstrucción se completa con aporte de aloinjerto óseo liofilizado.

## Conclusiones

El QOA es localizado con mayor frecuencia en **metáfisis de huesos largos** de miembros inferiores. Clínicamente se suele expresar como **dolor mecánico y fracturas patológicas en niños**.

El estudio se debe completar con una **radiografía** cuya imagen de aspecto lítico es característica. Con la RMN podemos apreciar diferentes niveles de líquido, aunque es una imagen que puede presentarse en tumores malignos como el osteosarcoma teleangiectásico o metástasis. Por ello debemos conocer estos procesos y confirmar el diagnóstico de sospecha con una **biopsia**.

Es importante conocer cada paso de la **resección intralesional ampliada**, consistiendo en exteriorización de la lesión, curetaje simple, fresado de alta velocidad y lavado pulsátil (en algunos casos completan con fenol o crioterapia). La **reconstrucción del defecto óseo** se puede realizar con cementación, injerto o sustitutos óseos.

Como nuevas terapias en estudio, destacar el papel del Denosumab, ya que hay estudios moleculares exponiendo que la interacción del RANK y el RANKL es el responsable del desarrollo y progresión del tumor.

## Bibliografía

1. Gibbs CP Jr, Hefe MC, Peabody TD, Montag AG, Aithal V, Simon MA. Aneurysmal bone cyst of the extremities. Factors related to local recurrence after curettage with a high-speed burr. J Bone Joint Surg Am. 1999 Dec;81(12):1671-8. doi: 10.2106/00004623-199912000-00003. PMID: 10608377.
2. Muratori F, Mondanelli N, Rizzo AR, Beltrami G, Giannotti S, Capanna R, Campanacci DA. Aneurysmal Bone Cyst: A Review of Management. Surg Technol Int. 2019 Nov 10;35:325-335. PMID: 31476792.
3. Dürr HR, Grahneis F, Baur-Melnyk A, Knösel T, Birkenmaier C, Jansson V, Klein A. Aneurysmal bone cyst: results of an off label treatment with Denosumab. BMC Musculoskelet Disord. 2019 Oct 20;20(1):456. doi: 10.1186/s12891-019-2855-y. PMID: 31630689; PMCID: PMC6802343.

## Material y Métodos

Paciente de 9 años que acude a consulta por dolor que aumenta con la actividad y masa palpable a nivel de cara lateral de rodilla derecha.

A la exploración se aprecia masa de 5 x 5 cm, de consistencia dura a nivel de peroné proximal. Balance articular completo de rodilla derecha. No disimetría ni alteraciones neurovasculares distales.

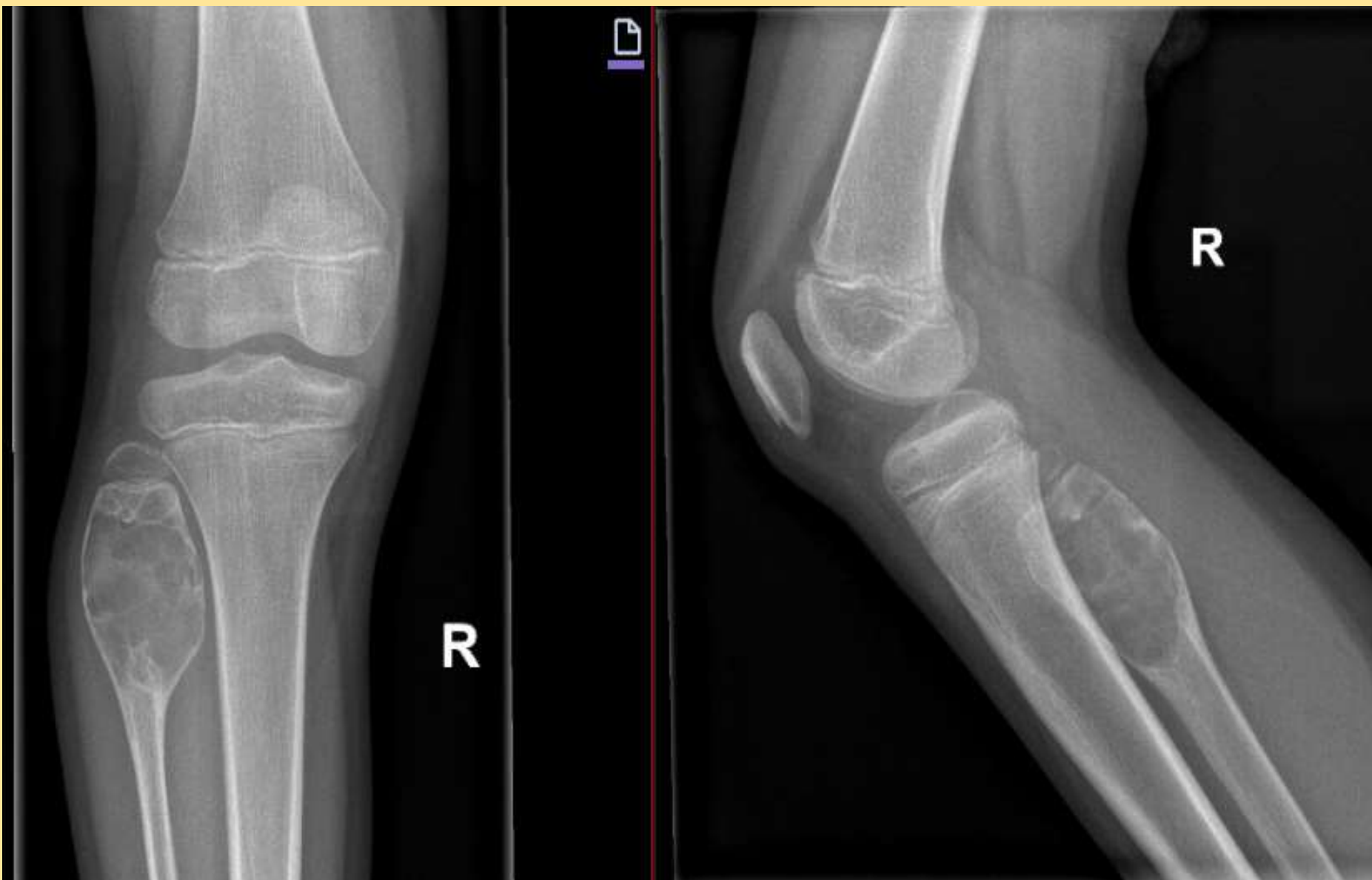


Imagen  
radiológica  
PRE-  
operatoria

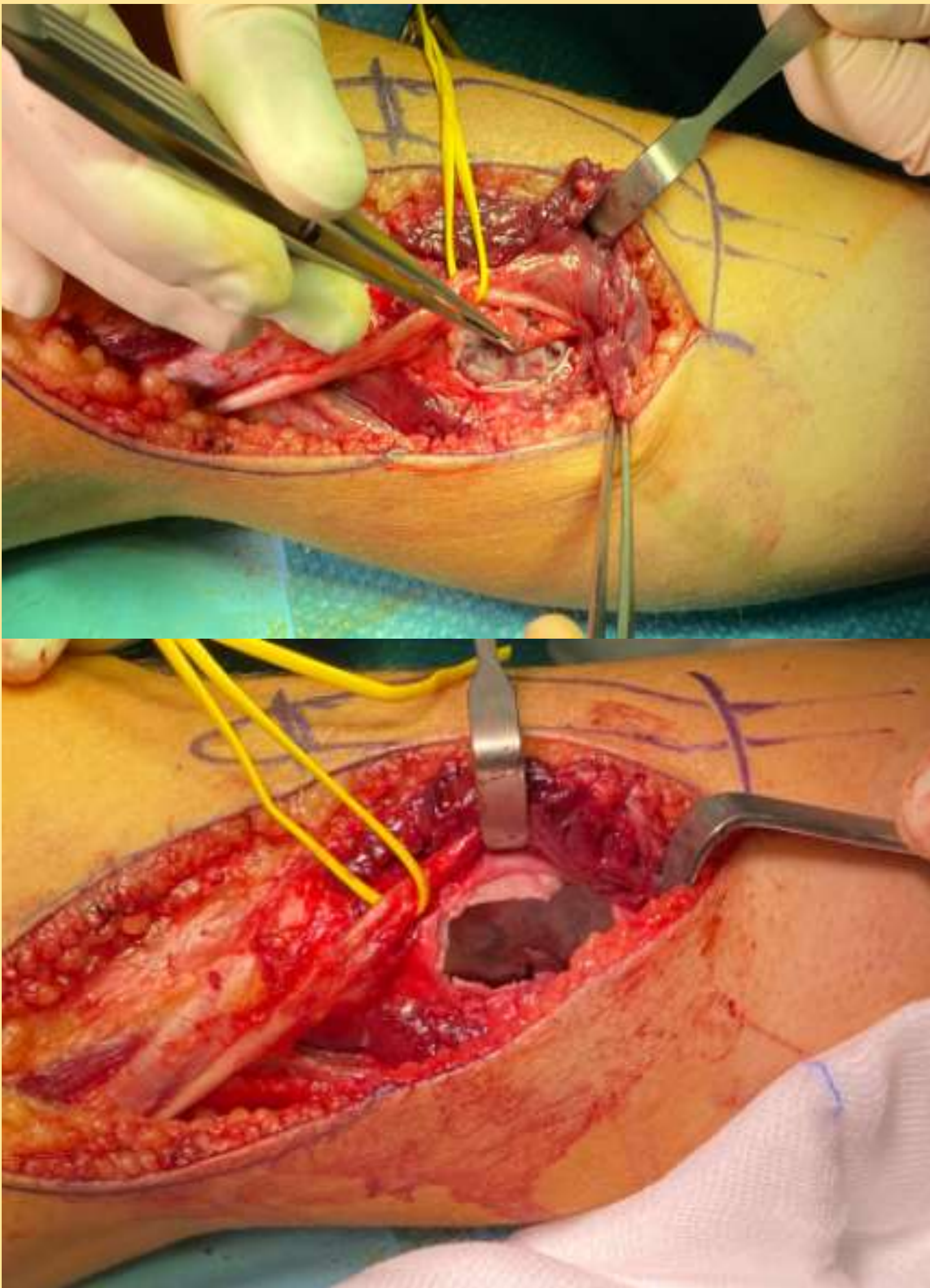


Imagen INTA-  
operatoria.

Referencia n.  
CPE.

Resección  
intralesional  
ampliada.



Imagen  
radiológica  
POST-  
operatoria