

Presentación de caso

Hospital Provincial General Camilo Cienfuegos. Sancti Spíritus. Cuba

Quiste óseo aneurismático lumbar.

Aneurism - induced lumbar bone cyst.

Dr. Manuel G. Clará Morell¹, **Dr. Aldo Ortiz Martínez**², **Dra. Amelia González Martín**², **Dra. Belkis Herrera Pérez**²

Especialista de Neurocirugía. Profesor Instructor¹

Especialista de Radiología e Imagenología. Profesor Instructor²

RESUMEN

Se hizo una breve revisión de aspectos clínicos, tomográficos e histológicos, así como quirúrgicos del quiste óseo aneurismático. Se presentó el caso de una paciente de 57 años con dolor radicular refractario al tratamiento, a quien después de una cirugía por vía posterior se le diagnosticó en la histología un quiste óseo aneurismático, quedando demostrado que la microcirugía garantiza la exéresis total de estas lesiones. Evolución muy favorable con alta médica al año.

DeCS: QUISTES ÓSEOS ANEURISMÁTICOS

SUMMARY

A brief review was made of clinical, tomographic and histological, as well as surgical aspects of the aneurismatic bony cyst. The case of a 57 year-old patient was presented with a radicular pain resistant to treatment, to whom an aneurismatic bony cyst was diagnosed by histology after a posterior surgery, with the demonstration being made that microsurgery guarantees the total removal of these lesions. The evolution was very favorable and medical discharge was given a year later.

MeSH: BONE CYSTS, ANEURYSMAL

INTRODUCCIÓN

Dentro de las lesiones benignas que afectan la columna vertebral de origen vascular están los hemangiomas, los tumores gigantocelulares y los quistes óseos aneurismáticos. El primero en describir este último fue Jaffe y Lichtenstein en 1942. Se presenta en personas jóvenes y cuando afecta la columna lo hace en la región lumbar con más frecuencia., con una mínima ventaja sobre el sexo femenino.

La lesión puede existir en el cuerpo, en un pedículo o en la lámina, es osteolítica y puede prestarse a confundirse con lesiones malignas. Clínicamente suele dar dolor radicular, déficit neurológico y signos flogísticos por inestabilidad de la columna vertebral.

Desde el punto de vista histológico se observan grandes espacios llenos de sangre, células multinucleadas, con estroma de fibroblastos así como tejido osteoide. El tratamiento siempre es quirúrgico y debe ser precoz con objetivos precisos de hacer exéresis total del quiste óseo y lograr una estabilidad del estuche óseo a toda costa.

PRESENTACIÓN DE CASO

CASO REPORTADO

Se trata de una paciente femenina de 57 años que desde hace 4 años viene presentando dolor radicular agudo que se ha incrementado lo que hace imposible ya el deambular, ha tenido caídas al suelo por pérdida aguda de la fuerza en el MII. La misma refiere un peso en su "parte lumbar" por lo que decide asistir a consulta de Neurocirugía.

Se le practicaron radiografías, las cuales fueron normales se le hizo una Tomografía axial Computarizada de L4-S1, donde se observó una lesión quística sobre la lámina posterior del cuerpo de L5, (véase Figura 1).



Figura 1. Imagen quística sobre la lámina del espacio L5-S1

La Mielo_TAC demostró que estaba fuera del saco dural. Previo consentimiento informado se propuso la intervención quirúrgica por vía posterior, al desconocerse su etiología se hizo técnica de laminoplastia ósea abordar la lámina derecha y abrir el resto de la estructuras óseas tipo "bisagra". Adherido sobre la hemilamina izquierda se observó una lesión quística ósea con lagunas vasculares visibles. Se extirpó totalmente, la histología demostró que era un quiste óseo aneurismático véase, Figura 2 y Figura 3.

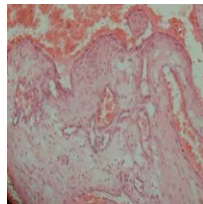


Figura 2. Gran cantidad de vasos sanguíneos con células multinucleadas con estroma de fibroblastos y tejido osteoide.

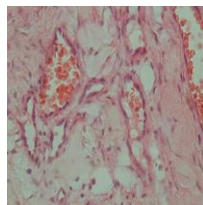


Figura 3. La misma imagen más ampliada.

La paciente tuvo una excelente recuperación, deambuló a las 48 horas, con desaparición total de los dolores radiculares, tres meses después logro recuperar toda la fuerza de su miembro inferior izquierdo. A los 6 meses se le permitió comenzar a trabajar y al año se le dio el alta médica.

DISCUSIÓN

No se conoce la causa del quiste óseo aneurismático, se habla de fístulas arteriovenosas vs. factor hormonal. Existen los criterios de Steimle para su tratamiento.

1. Descomprimir las estructuras nerviosas.
2. Extirpar el quiste.
3. Reestablecer la estabilidad de la columna si fuera afectada.

Si bien en este caso todo fue muy fácil no siempre sucede así , pues las hemorragias muchas veces detienen al cirujano en su exéresis total, otras veces se hace necesario planificar la operación en dos tiempos quirúrgicos, vertebrectomía por vía anterior, injerto óseo intercorporal y aplicación de sistema de fijación con tornillos interpedicular y láminas.

Se puede deducir que siempre la cirugía es un reto en este tipo de lesión, pero el proceder microquirúrgico garantiza la exéresis total en manos expertas con criterio de curación total y sin secuela neurológica.

La recidiva no existe en este tipo de lesión quística, y siempre es un diagnostico a considerar en la radiculopatías dolorosas refractarias al tratamiento con antiinflamatorios (AINE), y esteroides.

Otro aspecto a considerar es su confusión con lesiones óseas malignas pues dan lesiones osteolíticas y actualmente se discute que puedan dar o no esclerosis marginal, lo más frecuente que no la den, pero puede aparecer como en nuestro caso reportado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agrillo.V y Colbs. Cervical aneurysmal bone cyst . J.Weurosurg.Sci.1981.25(3-4), 235-8.
2. Donaldson.W F. Aneurysmal bone cist of the spine .Jt.Surg.1962,44-A,25-40.
3. Nobler M.Higgintham.H.L. The cure of aneurysmal bone cyst. Radiology 1968, 90:1185-92.
4. Steimle R y Cols. Compression medullaire par Kiste-Aneurysmal vertebral.Act Neurochirurgical.1975. 325 :287-296.
5. Fry V.C. y Cols. Aneurysmal bone cyst of the espine. S. Afric Med. J. 1980.58 85) 211-3.
6. Siegal TZ.and Cols. Surgical decompression of anterior and posterior malignat
7. Epidural tumors compressing the espinal cord. Neurosurgery 1985. 17:424.
8. Miller F., Whitechll R. Carcinoma of breast metastatic to the skeleton.Clin Orthop 1984, 184:121-127.
9. Mindell EP. Chordoma. J.Bone Joint Surg 1981;63A:501
10. Haughtton VM.,Williams AL. Computed tomography of the spine.St.Louis :CV Mosby, 1982.
11. Akbarnia BA. Aneurysmal bone cyst of the espinal Spine:State of Art Rev 1988, 2:265.
12. Enneking WF. Musculoskeletal tumor surgery. New York: Churchill Livingstone, 1983.
13. Weinstein JN.Mc Lain R. Primary tumors of the espinal. Spine 1987,12:843-851.
14. Yasuma T,Yamauchi Y.et al. Hostopathologic study of tumor infiltracion into the intevertebral disc.Spine 1989,14:1245-1248.