



Quiste Óseo Aneurismático en Clavícula: Reporte de un caso

Clavicle Aneurysmal Bone Cyst, Case Report.

David Israel Reinoso Recalde*¹ , Raúl Enrique Ríos Méndez¹, Ana María Pazmiño Miranda²

<https://orcid.org/0000-0002-7696-8750>

<https://orcid.org/0000-0003-1206-8742>

1. Servicio de Pediatría, Hospital Pediátrico Baca Ortiz, Quito, Ecuador.
2. Servicio de Pediatría, Centro de Especialidades Médicas Apolo, Quito, Ecuador.

Recibido: 2 Marzo 2020
Aceptado: 2 Noviembre 2020
Publicado: 31 Diciembre 2020
EDITOR: Dr. Paúl Astudillo Neira.

Membrete bibliográfico:

Reinoso D, Ríos R, Pazmiño A. Quiste Óseo Aneurismático en Clavícula., Caso Clínico. Rev. Ecuat. Pediatr. 2020;21(3):Artículo 23:1-6.



Copyright Reinoso D, et al. Este artículo es distribuido bajo los términos de [Creative Commons Attribution License CC BY-NC-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/), el cual permite el uso y redistribución citando la fuente y al autor original sin fines comerciales.



RESUMEN

Introducción: El quiste óseo aneurismático es una neoplasia benigna poco común de aparición en edad temprana. Tiene mayor incidencia en huesos largos y en la columna vertebral. Su etiología es incierta, aunque suele asociarse a traumatismo, probablemente debido a obstrucción venosa o a la formación de fístulas que se producen tras la contusión.

Caso: En este estudio se presenta el caso de un paciente de 15 años sin antecedentes de trauma que presenta un quiste óseo aneurismático en clavícula, localización poco habitual para esta patología.

Evolución: Se le brindó tratamiento con terapia esclerosante con Polidocanol al 3% por 8 ocasiones con respuesta favorable. No ha requerido cirugía hasta el momento.

Conclusión: El tratamiento esclerosante fue exitoso en este informe de casos.

Palabras clave:

DeSC: Quiste óseo aneurismático, Quistes Óseos, Clavícula, Niño, Informes de Casos.

* Autor para correspondencia.

Received: March 2, 2020
Accepted: November 2, 2020
Published: December 32, 2020
EDITOR: Dr. Paúl Astudillo Neira

Bibliographic letterhead:

Reinoso D, Ríos R, Pazmiño A. Síndrome de Aneurysmal bone cyst (ABC), clavicle, Clinical Case. Rev. Ecuat. Pediatr. 2020;21(3): Article 23: 1-6.



Copyright Reinoso D, et al. This article is distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License CC BY-NC-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/), which allows the use and redistribution citing the source and the original author without commercial purposes.



ABSTRACT

Introduction: Introduction: The aneurysmal bone cyst is a rare benign neoplasm that appears at an early age. It has a higher incidence in long bones and in the spine. Its etiology is uncertain, although it is usually associated with trauma, probably due to venous obstruction or the formation of fistulas that occur after contusion.

Case: This study presents the case of a 15-year-old patient with no history of trauma who presents with an aneurysmal bone cyst in the clavicle, an unusual location for this pathology.

Evolution: Treatment with sclerosing therapy with 3% Polidocanol was given 8 times with a favorable response. He has not required surgery so far.

Conclusion: Sclerosing treatment was successful in this case report.

Key words:

MESH: Aneurysmal bone cyst; Bone Cysts; Clavicle, Child; Case Report.

INTRODUCCIÓN

El quiste óseo aneurismático (QOA) es una neoplasia benigna que se caracteriza por la formación de cavidades quísticas rellenas de sangre y separadas por tabiques de tejido conectivo vascular.¹ Representa el 1% de todos los tumores primarios óseos,² con una incidencia de 13-14 casos/10 millones de habitantes/año.¹

Es típico en la infancia y por lo regular afecta a los huesos largos, principalmente a la región metafisaria y diafisaria.² También se lo describe en la columna vertebral en un 3-30% de los casos.³

Su etiología es desconocida pero tiene una base genética descrita actualmente, la translocación cromosómica t(16;17) (q22;p13) que modifica el gen de la proteasa específica USP6 que produce una metaloproteasa de matriz extracelular. Dicha enzima es responsable de la expansión ósea marcada que se puede evidenciar en esta patología.³ También se la suele asociar a traumatismo, probablemente debido

a obstrucción venosa o a la formación de fistulas. Los pacientes refieren dolor,⁴ ya que en su evolución es común el crecimiento local agresivo y la destrucción cortical.⁵

CASO CLÍNICO

Describimos un paciente masculino de 15 años de edad procedente de Esmeraldas, con los siguientes antecedentes:

Antecedentes prenatales: Producto de quinta gesta, controles y ecografías normales, recibió hierro más ácido fólico desde el segundo mes, inmunizaciones dos dosis, no refiere complicaciones prenatales.

Antecedentes natales: Nació por cesárea a las 39 semanas de gestación, no se recuerda antropometría, pero se indica que se encontraba dentro de los límites normales.

Antecedentes posnatales: Llanto inmediato, fue dado de alta con la madre a las 48 horas.

Antecedentes familiares: Padre con diabetes tipo II.

El padre del paciente informa que desde 12 años de edad su hijo ha presentado dolor en hombro derecho que se exagera con el movimiento de la articulación acompañado de limitación funcional. Se nota la presencia de una tumoración de aproximadamente 1x2 cm en borde clavicular externo que ha progresado rápidamente de tamaño en un periodo de 7 meses. Se niega antecedente traumático.

Al examen físico se evidencia tumoración de 6x6 centímetros de bordes regulares, no móvil, no dolorosa a la palpación, en tercio externo de clavícula derecha que limita movimientos de aducción, abducción y rotación de la articulación del hombro.

Taller diagnóstico

Los exámenes de laboratorio no presentaron ninguna alteración. Se realizó radiografía postero-anterior de hombro derecho en la cual se observó una lesión ovoidea bien definida, trabeculada, con imágenes radiolucetas, ubicada en el tercio distal de la clavícula, que mide 6 por 6 centímetros con disminución de la cortical del hueso, alterando la estructura ósea a este nivel. Se observa engrosado en relación al resto del tejido.

También se realizó tomografía de hombro derecho que reportó una lesión en clavícula lateral compatible con quiste óseo aneurismático con zonas de refuerzo con características de señal típicas para dicho diagnóstico. Se visualizan al menos 3 aferencias arteriales, 2 a partir de la arteria supra escapular y 1 a partir de la arteria axilar.

Evolución

Dado el origen vascular se realizó el procedimiento de administración intra quiste de Polidocanol al 3%, procedimiento que fue repetido por ocho ocasiones de manera ambulatoria (**Figura 4**) y el manejo fue expectante, se trató el dolor con analgésicos (AINES), fue dado de alta y está en revisión por consulta

externa. Hasta el momento no ha requerido cirugía y se ha logrado una disminución del tamaño del tumor, generando esclerosis y limitando el quiste óseo aneurismático.

Se seguirán realizando evaluaciones de la integridad de la articulación para considerar si hay necesidad de intervención quirúrgica en el futuro.

Figura 1 Fotografía descriptiva del caso clínico



Figura. 2. Radiografía postero-anterior de hombro derecho



Figura. 3. Tomografía de hombro derecho con la presencia de quiste óseo aneurismático

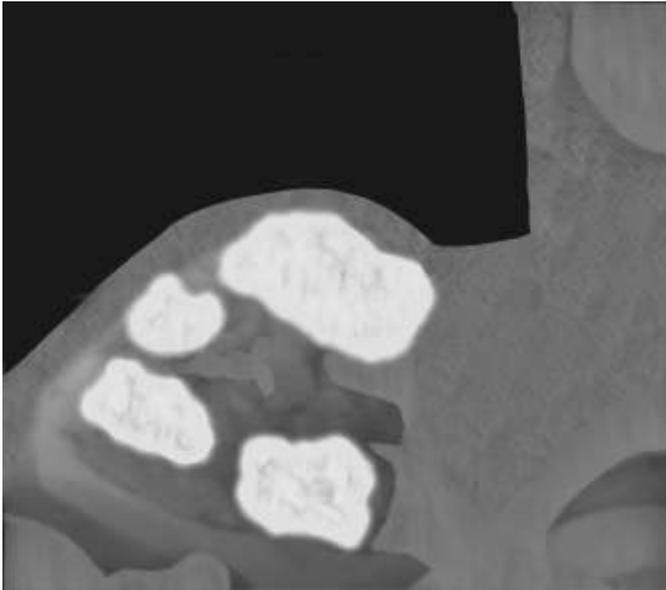


Figura 4. Administración intra quiste de Polidocanol al 3%



DISCUSIÓN

El QOA fue descrito por primera vez por Jaffe y Lichtenstein en 1942.¹ Tachdjian lo definió como una tumefacción proliferativa benigna y no neoplásica del hueso, caracterizada por la presencia de canales y espacios de diferentes tamaños rodeados de finas

paredes que le confieren una apariencia de explosión.⁶

Ocurre más frecuentemente en pacientes menores de 20 años de edad en un 60-80% (rara vez antes de los 5 años y después de los 30 años).⁷

Dentro de su etiología puede surgir de novo, denominándose QOA primario, pero hay una elevada incidencia de tumores acompañantes en aproximadamente 1/3 de los casos, tratándose entonces de un QOA secundario.⁵

La patogénesis del quiste óseo aneurismático permanece controvertida,⁸ pero se demuestra que es un proceso hiperplásico secundario a una hemorragia intraósea que da lugar a la formación de quistes.

Existen teorías acerca de alteraciones hemodinámicas en términos de insuficiencia venosa o malformaciones arteriovenosas en las cuales el quiste se rellena de sangre y erosiona las paredes óseas,⁹ por lo que se producen lisis y trastornos vasculares que incrementan la presión intraósea y favorecen el crecimiento y la rápida expansión.¹⁰ Los quistes pueden conducir a fracturas patológicas repetitivas; ocasionalmente pueden provocar una unión asintomática.¹¹

Se presenta generalmente como una lesión única, aunque se han descrito casos muy raros de localización múltiple.⁴

Tiene una amplia e inespecífica variabilidad de características clínicas.¹² El síntoma más frecuente es el dolor, aunque también se puede detectar tumefacción, deformidad, masa palpable si la localización es superficial, e incluso puede iniciar con una fractura patológica.

Para su diagnóstico generalmente el principal examen realizado son los rayos X de la zona afectada donde se puede distinguir una fase de maduración en la que el QOA está presente, la fase lítica donde se observa una lesión radiolúcida excéntrica o subperióstica, la fase de estabilización donde existen tabiques y aparece un reborde óseo periférico que circunscribe al quiste, y la fase de curación donde se presenta

osificación progresiva que produce una masa ósea densa de estructura irregular.⁴

Los niveles de líquidos pueden visualizarse mediante tomografía computarizada que se utiliza para evaluar los límites de la lesión, así como la posible destrucción de la corteza.

La resonancia magnética muestra una lesión multilobulada con bajo contenido de señal en secuencias potenciadas en T1 y alto contenido de señal en secuencias potenciadas en T2 en las que es más fácil identificar niveles líquido-líquido.⁴

En lo que respecta al tratamiento, actualmente se propone la inyección intralesional con agentes esclerosantes como una alternativa a la cirugía, ya que es un tratamiento eficaz, seguro y mínimamente invasivo.¹³ A veces es necesario repetir la infiltración y, como efectos adversos, en pocos casos se ha descrito la presencia de reacción local. Cuando este tipo de tratamiento fracasa, hay que recurrir a la cirugía ya sea con extirpación en bloque de la lesión o mediante el legrado de la cavidad y relleno con injerto óseo autólogo o heterólogo.¹⁴

El legrado de la cavidad ósea por sí solo tiene una alta tasa de recidiva que puede ir desde 10% a 59%. Por ello muchos autores recomiendan un tratamiento conjunto intralesional con instalación de nitrógeno líquido, uso de criocirugía coadyuvante o relleno con cemento óseo. Estos procedimientos reducen la tasa de recidiva de 17 a 26%.⁷

En el caso de nuestro paciente, el tratamiento con Polidocanol al 3% se llevó a cabo por 8 ocasiones cumpliendo con las características comunes de la escleroterapia: simplicidad, rapidez, economía, carácter ambulatorio y posibilidad de repetir su administración sin inconvenientes, generando esclerosis y limitando el quiste óseo aneurismático.

Se seguirán realizando evaluaciones de la integridad de la articulación para considerar si hay necesidad de intervención quirúrgica en el futuro.

CONCLUSIONES

Los quistes óseos aneurismáticos son tumores benignos que generalmente responden adecuadamente al tratamiento con esclerosantes, aunque a veces pueden evolucionar desfavorablemente ameritando intervención quirúrgica.

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA DEL ARTÍCULO

Abreviaturas

QOA: Quiste Óseo Aneurismático.

Nota del Editor

La Revista Ecuatoriana de Pediatría permanece neutral con respecto a los reclamos jurisdiccionales en mapas publicados y afiliaciones institucionales.

Originalidad del artículo

La Revista Ecuatoriana de Pediatría garantiza que el artículo es original y sin redundancia, el sistema antiplagio de nuestra revista reportó similitud menor al 4%.

Acceso abierto

Este artículo tiene la licencia de Creative Commons Attribution 4.0 CC-BY-NC-SA., que permite el uso, el intercambio, la adaptación, la distribución y la reproducción en cualquier medio o formato, siempre que otorgue el crédito adecuado al autor original y a la fuente. Usted no puede hacer uso del material con propósitos comerciales. Se debe proporcionar un enlace a la licencia Creative Commons e indicar si se realizaron cambios. Las imágenes u otro material de terceros en este artículo están incluidos en la licencia Creative Commons del artículo. Para ver una copia de esta licencia, visite <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>.

DECLARACIONES ÉTICAS

Protección de personas:

Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Singapur.

Confidencialidad de los datos:

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Consentimiento de publicación:

Los autores han obtenido el consentimiento informado de los tutores del paciente referido en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia. Se ha firmado la autorización para publicación del presente caso por parte de los padres.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Financiamiento

Los autores realizaron el financiamiento de los gastos incurridos en la producción de este artículo.

Contribuciones de los autores

DIRR: Idea de investigación, escritura del artículo, análisis crítico, correcciones editoriales.

AMPM, Compilación de los datos, Revisión bibliográfica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Checa Betegon P, Martínez Aedo A, García Maroto R, Cebrian Parra J, Martínez F M. Quiste óseo aneurismático localizado en el techo acetabular en un varón de 11 años. *Acta Ortopédica Mex.* 2018;32(6):361–5.
2. Pacheco Morán J, Melo S, Sarmiento R, Holguin E. Quiste óseo aneurismático en el húmero distal . Reporte de un caso y tratamiento actual Aneurysmal bone cyst in distal humerus . Case report and current treatment. *Metro Cienc.* 2018;26(593):27–32.
3. Zileli M, Serdar H, Calli C. Aneurysmal bone cysts of the spine. *Eur Spine J.* 2013;593–601.
4. Vergara Severiche S. Aneurysmal Bone Cyst: Case Report. *Rev Colomb Radiol.* 2018;4924–6.
5. Torres Hidalgo J, Sáez Moreno MA, Castaño Díaz M, Moya Menese M. Quiste óseo aneurismático. *REV CLÍN MED FAM.* 2020;0(0):1–3.
6. Pedrosa R, Tizziani M, Raimúndez R, Ribeiro JRVI. Quiste óseo aneurismático temporal en una niña de 8 años: descripción de un caso. *Neurocirugía.* 2010;132–7.
7. Salazar Villanea R. QUISTE ÓSEO ANEURISMÁTICO. *REV MEDICA COSTA RICA Y Centroam LXX.* 2013;(605):175–80.
8. Conto F De, Bortoli MM De, Galvan J. Quiste óseo aneurismático Aneurysmal bone cyst. *Rev Cuba Estomatol.* 2012;26(2):175–83.
9. Tarazona Velutini P, Romo Rodríguez R, Saleme Cruz J. Quiste óseo aneurismático en falange proximal de dedo de mano. Caso clínico y revisión de la bibliografía. *Acta Ortopédica Mex.* 2012;26(4):245–9.
10. Barrera Carmona CM, Aviles Chamaidan CX, Armijos Velez JL. Caso Clínico : Quiste Óseo Aneurismático de Peroné Distal , Tratamiento con Aloinjerto Estructural. *Rev médica HJCA.* 2019;11:79–83.
11. Zhao J, Wang J, Huang W, Zhang P, Ding N, Shang J. Interventions for treating simple bone cysts in the long bones of children (Review). *Cochrane Libr.* 2017;0(0):3–16.
12. Márquez BDP, Sobe IPG, Oliveras AP, Duran MV. Quiste óseo aneurismático Aneurysmal bone cyst. *An Pediatr.* 2015;83(2):138–9.
13. Bueso M. Quiste óseo aneurismático de Patela. *Rev Med Hond.* 2004;0(0):1–3.
14. VelázquezCarranza N, Ruiz del Portal Bermudo M. Quiste óseo aneurismático gigante en húmero Giant aneurysmal osseous cyst of the humerus. *Rev S And Traum y Ort.* 2007;52–60.

DOI: Identificador de objeto digital

PMID: identificador de PubMed

SU: Short URL

RERM, Idea de investigación, escritura del artículo, análisis crítico
Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito

Agradecimientos

Se reconoce el trabajo del personal del Hospital de Niños Baca Ortiz, que colaboraron en el diagnóstico y tratamiento.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

David Reinoso Recalde. Servicio Médico Pediátrico, Hospital Pediátrico Baca Ortiz,; correo: davidirr89.dr@gmail.com



<https://orcid.org/0000-0002-3985-706>