

# QUISTE ÓSEO ANEURISMÁTICO LOCALIZADO EN EL TECHO ACETABULAR EN UN VARÓN DE 11 AÑOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Garrido Hidalgo, P. Checa Betegón, A. Urda Martínez, E. Manrique Gamo, R. García Maroto, J.L. Cebrián Parra. Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid.

## Introducción

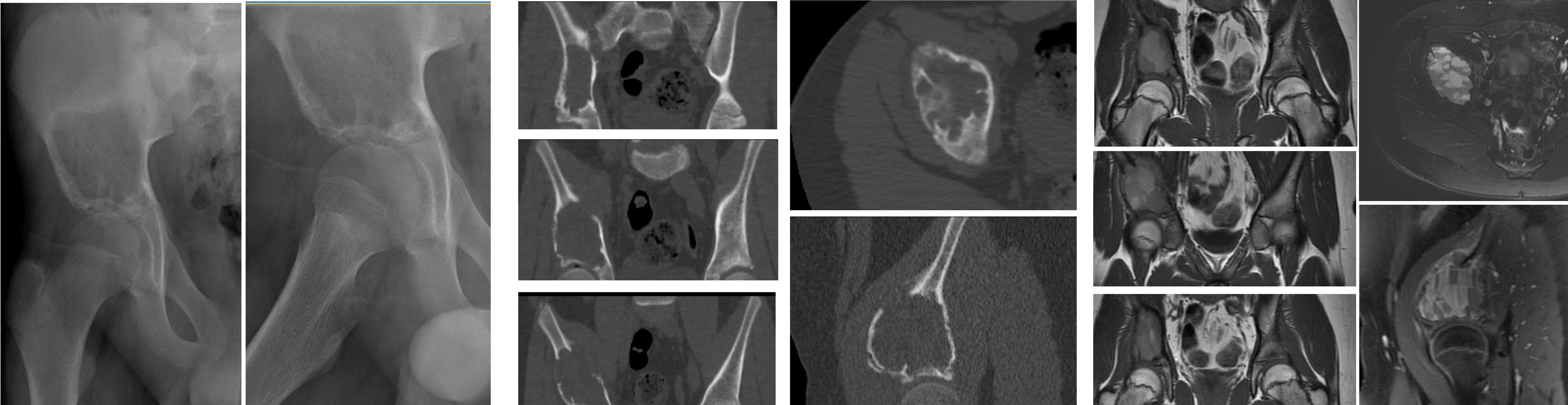
El quiste aneurismático es una lesión ósea **benigna** que se caracteriza por la formación de **cavidades quísticas** llenas de sangre. Es típico de los **miembros inferiores**. Se localiza en la pelvis en un 4-12% de los casos . El tratamiento es controvertido, siendo lo más frecuente el **curetaje y relleno de injerto óseo**.

## Objetivos

- 1 Presentar el caso de un paciente con un quiste aneurismático en acetábulo
- 2 Describir el tratamiento quirúrgico realizado
- 3 Evolución a largo plazo

## Material y métodos

Presentamos el caso de un varón, de 11 años, sin antecedentes de interés, que presenta **cojera y dolor en la cadera derecha de meses de evolución**. No presenta antecedente traumático ni signos analíticos o clínicos de infección.



**Lesión lítica que insufla la cortical** en pala iliaca derecha llegando al techo del acetábulo

Lesión lítica con múltiples niveles **líquido-líquido** y fractura asociada de acetábulo.

Lesión expansiva de 6,5x4,5x5,7cm de diámetro que se extiende al techo del acetábulo.

El diagnóstico de quiste aneurismático se confirmó mediante **biopsia guiada por TC**

## Resultados

Se presentó el caso en sesión multidisciplinar y debido a la localización, el tamaño, el riesgo de fractura patológica y el riesgo de complicaciones se decidió realizar **embolización selectiva percutánea del tumor con posterior curetaje y relleno de aloinjerto** de esponjosa mediante abordaje iliofemoral.

Se autorizó la carga a las 6 semanas

**Buena evolución** clínica y radiológica

Al año de seguimiento el paciente se encuentra **asintomático y sin signos de recurrencia**



Postoperatorio

6 meses

12 meses

## Conclusiones

- El tratamiento de los quistes óseos aneurismáticos pélvicos suponen un importante reto terapéutico, que obliga a **individualizar el tratamiento**.
- El **curetaje y aloinjerto** es el tratamiento más aceptado. En algunas localizaciones, como la pelvis, por su inaccesibilidad, riesgo de fractura y de sangrado pueden requerir **tratamientos complementarios**.
- Los tratamientos neoadyuvantes como la escleroterapia o la **embolización reducen la agresividad y morbilidad, ofreciendo buenos resultados**, tanto de manera aislada en casos seleccionados, como en combinación con la cirugía