

# Pseudotumor quiste óseo aneurismático en falange distal de la mano. A propósito de un caso

IÑIGO MARTIARENA AGUIRRECHE, JON MARTÍ AYERDI, CARLOS SANZ GARCÍA, IRENE ROMERO REDONDO, MAIATANE FERNÁNDEZ PÉREZ, AMAIA ARBIZU ARAIZ  
HOSPITALARIO DE NAVARRA (NAVARRA)

## Objetivos :

Se presenta un caso de una paciente con QOA en F3 4e dedo mano derecha tratado mediante exéresis y cureteado óseo mas injerto sintético de relleno de cavidad.

## Introducción:

El quiste óseo aneurismático (QOA) es un pseudotumor raro, 1% de los tumores óseos primarios benignos y de estos únicamente el 3% de localización en mano. De etiología desconocida, la mayoría de los QOA son medulares y se localizan en la metáfisis de un hueso largo, sobretudo alrededor de la rodilla, en cintura escapular y columna.

## Materiales y métodos:

Mujer de 36 años sin antecedentes traumáticos con dolor e inflamación en pulpejo de 4e dedo mano derecha. Aumento de temperatura local por las tardes y dolor pulsátil por las noches.

RX imagen de osteolisis en F3 con mórgenes bien definidos a proximal pero insuficiente y atravesando cortical a distal.

RM tumoración ysea expansiva metafisoepifisaria ocupando la totalidad endomedular ósea, con señal de resonancia hiperintensa en T2; produce adelgazamiento cortical sin atravesarla, mide aprox 13 x 8 mm.

Se realiza mediante abordaje longitudinal lateral sobre F3 de 4º dedo mano derecha, exéresis, cureteado de lesión y relleno con injerto óseo sintético matriz ósea desmineralizada.



## Resultados:

La muestra enviada a anatomía patológica se describa como: una lesión constituida por una proliferación de células fibroblásticas, en relación con estructuras vasculares de fino calibre y numerosas células gigantes multinucleadas de tipo osteoclasto compatible con lesión de características quísticas, compatible con quiste óseo aneurismático.

## Conclusiones:

Es una lesión que debe diferenciarse de tumoraciones benignas como encondroma, osteoma osteoide, osteoblastoma, TCG y fibroma condromixoide.

El diagnóstico es anatomopatológico.

La localización en hueso plano es muy infrecuente

El tratamiento inicial debe ser curetaje y relleno óseo, cobrando importancia la crioterapia en recurrencias.

