

QUISTE ÓSEO ANEURISMÁTICO DE GRAN TAMAÑO EN CONDILO FEMORAL

Pastor Mallagray S, García Fernández C, Ana Isabel Romero García, Diaz Cano G, Juan Antonio Constantino Cabrera Complejo Hospitalario Universitario Badajoz

INTRODUCCIÓN

Reconocer banderas rojas del aparato musculoesquelético y conocer el tratamiento de lesiones líticas de gran tamaño que comprometen la arquitectura mecánica ósea y lo debilitan.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niña de 12a remitida desde urgencias por gonalgia derecha refractaria a tratamiento y lesión radiolúcida en fémur distal con reacción cortical.

A la EF, derrame articular, dolor anterior femoropatelar, Zhölen positivo, flexo-extensión completa, aparto extensor competente, no inestabilidad, maniobras meniscales negativas. Dolor nocturno que la despierta, no fiebre, no astenia ni anorexia, marcha antiálgica con flexum de rodilla, trendelmburg negativo, no visceromagalias ni adenopatías, dolor a la palpacion de metafisis interna femur distal derecha y cadera normal. Se solicita TC, RM, Gammagrafia y AS. En TC y RM se aprecian quistes con componente solido. En biopsia, el estudio AP indica defecto fibroso cortical y quiste oseo aneurismático 2º a fibroma no osificante. Estudio microbiologico normal.

En enero 2022 realizamos legrado, relleno con injerto oseo autologo y heterologo, osteosintesis con placa condilar. Se observa a nivel del cóndilo femoral interno gran defecto oseo y ausencia de pared interna y posterior. Legrado hasta lecho sangrante (contenido para estudio AP). Extraemos de cresta iliaca homolateral injerto oseo tricortical y rellenamos defecto óseo con tejido autólogo y esponjosa liofilizada. Para reconstruir el defecto de pared laterointerna y posterior colocamos 2 injertos de cresta tricortical que fijamos con tornillo de 70. Protegemos con placa condilar moldeada con tornillo bicorticales, distal y tres proximales. A los 4 meses: EMO placa condilar.



Los hallazgos radiológicos típicos del QOA son: **ubicación metafisodiafisaria o metáfisis de huesos largos**, adyacentes a la fisis que muy raramente traspasan. **Casi nunca son epifisarios**, el 85% son menores de 20 años. **Húmero y femur proximal** son las localizaciones mas habituales. Presentación típica: dolor o aumento de volumen, raramente fractura paológica. Radiológicamente son **lesiones expansivas excéntricas + adelgazamiento de la cortical (posible interrupción cortical) + reaccion perióstica**

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

Tras 2 años de seguimiento, a la EF, asintomática, marcha normal, no disimetrías, movilidad de rodilla y cadera derechas indoloras y con rango articular completo, no dolor a la palpación del fémur, FM 5/5, perfil rotacional normal. EF compatible con la normalidad. Las banderas rojas deben ser siempre descartadas y en caso de estar presentes, realizar un diagnóstico y tratamiento precoces. Las lesiones óseas benignas de gran tamaño, suponen un punto de debilidad ósea que. además de producir dolor, comprometen la arquitectura ósea disminuyendo sus propiedades mecanicas, mas evidentes en huesos de carga, por lo que se debe hacer un tratamiento definitivo tumoral y que restaurar la anatomía ósea.