

QUISTE OSEO ANEURISMATICO PELVIANO DE VARIEDAD SOLIDA.

AUTORES:

Cuneo, Alejandro M.D; Acevedo, Daniel M.D; Schimchak, Mario M.D.

Clinica de Traumatología y Ortopedia Pediátrica.

Facultad de Medicina. Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Montevideo- Uruguay.

INTRODUCCION.-

Los quistes óseos, tienen una gama de presentaciones, entre las que se encuentra el Quiste óseo aneurismático (QOA) , y dentro de este una variedad diferente y rara que es el QOA de variedad sólida.

Los quistes óseos se clasifican como hiperplasias, y son lesiones benignas, que no cumplen los patrones de clasificación de los tumores malignos, por lo que se los ha asignado a una categoría de lesiones seudotumorales.

El QOA se define según la OMS como una “ lesión única, osteolítica, expansiva, constituida por espacios de tamaño variable, llenos de sangre separados por tabiques de tejido conectivo, que contienen trabéculas de tejido óseo u osteoide y células gigantes de tipo osteoclástico”.

El término QOA fue utilizado por Jaffe y Lichenstein en 1942 para describir dos muestras de quistes rellenos de sangre en los que el tejido de la pared contenía espacios amplios, áreas de depósitos de hemosiderina, células gigantes, y algunas trabéculas óseas.

Existen cuatro tipos de QOA: *clásico, secundario* (se observan luego de traumatismos o fracturas, o acompañado a lesiones preexistentes), *sólidos* (o granulomas reparadores de células gigantes, que se diferencia del clásico por su aspecto macroscópico más compacto), y finalmente la *variedad de tejidos blandos* (que pueden desarrollarse en músculos, huecos supraclaviculares, inguinales o espacios perivasculares, sin comprometer el hueso) (4, 5).

El QOA es el 1% de los tumores óseos y presenta una incidencia de 0.14 por 100000 habitantes. Su aparición es en la infancia, encontrándose en un 76% de menores de 20 años y 90% en menores de 30 años.

El quiste óseo aneurismático variedad sólida (QOAS), también conocido como *granuloma reparativo de células gigantes*, se trata de una lesión muy poco frecuente, con una incidencia entre 3,4 y 7.5 % dentro de los QOA,(9, 20) con leve predominio en el sexo femenino.

CASO CLINICO.-

Escolar de 11 años sexo femenino, sin antecedentes personales ni familiares a destacar, que consulta en setiembre de 2002 por dolor en muslo derecho ocasional de 6 meses de evolución, con episodios de dolor nocturno que calma con dipirona.

A los 3 meses agrega cojera dolorosa en miembro inferior derecho, y un mes mas tarde comienza a palpar una tumoración en la región inguinal derecha dolorosa, por lo que consulta a los 3 meses de evolución. En ningún momento de la evolución presentó fiebre ni síntomas de repercusión general.

En el examen físico, se palpa una tumoración inguinal derecha, de aproximadamente unos 6 cms. X 6 cms., ovalada, que hace cuerpo con el hueso subyacente, independiente de los planos subcutáneos y que duele espontáneamente y a la palpación. No presenta déficit neurológico en miembros inferiores, ni compromiso vascular periférico.

La radiografía muestra una lesión ósea topografiada en la rama iliopubiana, ovoidea, lítica, con trabeculado interno, de bordes netos, que deforma e insufla la cortical, de carácter expansivo y se extiende hacia endo y exo pelvis. (Fig.1)



Fig.1- Radiografía de frente de pelvis en donde se aprecia la gran tumoración que compromete las ramas ilio e isquiopubianas del lado derecho.

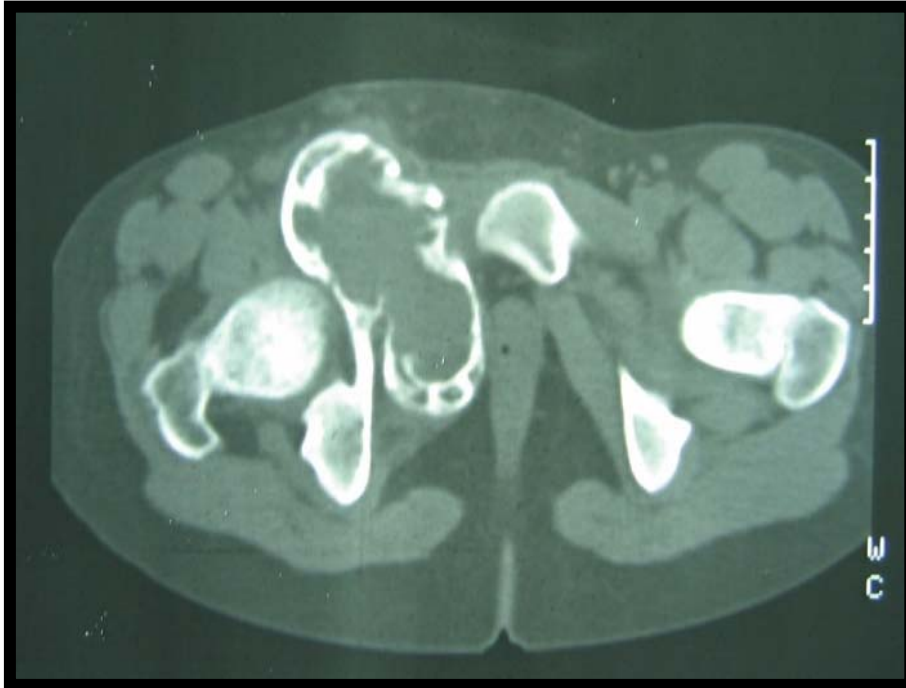
La TAC informa un proceso expansivo óseo de naturaleza semiquística que sustituye y expande la rama iliopubiana derecha. Mide aproximadamente 8,5 cms X 5cms. X 7 cms. de diámetro AP, transverso y cefalocaudal respectivamente, con bordes irregulares y polilobulados. En el sector superoexterno compromete el cotilo y en el sector inferior e interno crece desplazando el eje visceral de la pelvis menor. (Fig.2)

La lesión expande hacia planos superficiales de la región inguinocrural, desplazando planos musculares y el pedículo vasculonervioso femoral.

La RMN muestra un proceso expansivo con expansión y sustitución ósea en la rama iliopubiana derecha, con un crecimiento endo y exopelviano, que invade la cavidad acetabular y crece hacia la región inguinal desplazando el paquete vasculonervioso iliofemoral.

En el sector endopelviano crece hacia la pelvis menor y abomba el músculo obturador interno y desplaza el eje visceral de la pelvis hacia el lado contralateral lo cual se ve claramente en los cortes coronales.

Presenta una señal heterogénea tanto en T1 como en T2, mostrándose isointenso en T1(Fig.3) e hiperintenso en T2 (Fig.4), de aspecto en áreas multiquisticas y áreas que



impresionan sólidas. Al aplicar contraste se produce un realce parcial delimitando áreas

Fig.2- TAC de inicio.

sólidas y otras quísticas algunas de estas con niveles líquidos, cuya señal orienta a un contenido hemorrágico (Fig.5). En suma en la RMN se presenta como un proceso expansivo del marco anterior de la pelvis derecho con un componente sólido-quístico compatible con un QOA pero con la característica de tener gran predominio de áreas sólidas.



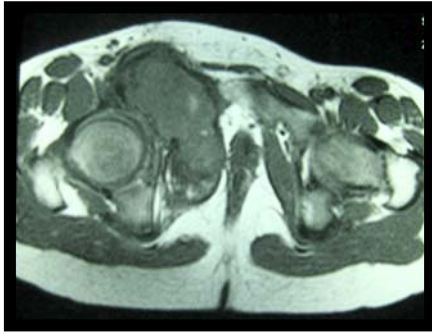


Fig.3- RMN en imágenes ponderadas en T1.

Fig.4-Imágenes de RMN ponderadas en T2.

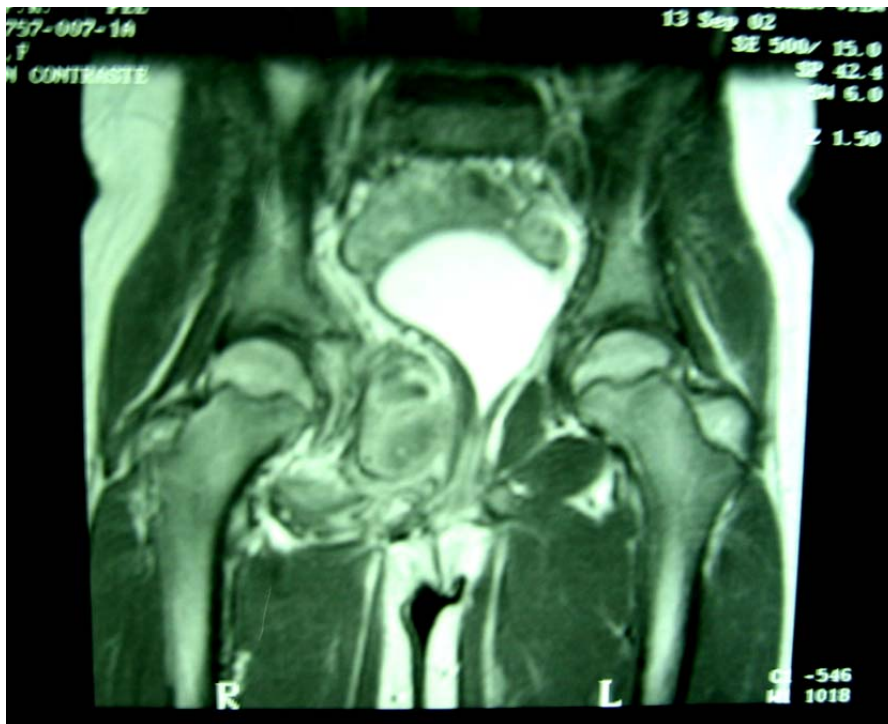


Fig.5-Imágenes de la RMN con contraste.

Posteriormente el 26 de setiembre de 2002 se realiza una biopsia abierta, que macroscópicamente se presenta como un tejido de color blanco-grisáceo y hemorrágico.

Microscópicamente se encontró una pared fibrosa con escasos glóbulos rojos en las luces y células gigantes tipo osteoclasto en la pared. Estas características anatomopatológicas son compatibles con un QOA clásico, destacándose el mayor predominio de tejido sólido.

Luego de realizar la biopsia, y previo al tratamiento definitivo se realiza una nueva RMN que evidencia el mismo proceso expansivo, mostrando un mayor tamaño, con destrucción de la cortical ósea, con las mismas características mencionadas en la RMN anterior, agregando la existencia de calcificaciones intralesionales.

Con los estudios realizados y el resultado de la biopsia, el objetivo del tratamiento fue obtener la curación del proceso tumoral, detener la progresión y evitar complicaciones y la recidiva.

Se realizó la exéresis intralesional del tumor, mediante amplio curetaje, el cual se realiza por cirujano ortopedista asistido por cirujano vascular dada la importancia vascular de la región en la cual se realizaba el procedimiento.

La lesión presentaba una pared ósea anterior, por lo que se accede a la misma a través de una ventana de unos 3 X 3 cms, lográndose de esa manera realizar el curetaje amplio de la zona. Las paredes de la cavidad son gruesas y se obtiene abundante material blanquecino sólido, lo cual no se corresponde con la anatomía patológica de un quiste óseo aneurismático clásico, y además presenta abundante sangrado, el cual a medida que se progresa en el cureteado de la cavidad va cediendo. Continuando la exploración de la cavidad, se encuentra una segunda cavidad, más posterior e interna a nivel de la rama isquiopubiana, con material de similares características a la anterior, la cual se curetea y se lava con suero fisiológico. No se rellenaron las cavidades con injerto óseo, solamente se colocó gelfom con efecto hemostático.

La lesión histológicamente presentaba zonas de proliferación de células fusiformes predominantemente sin atipias ni mitosis. Se encuentran áreas de osteoide y trabéculas óseas con un anillo osteoblástico y áreas de matriz colágena con material fibromixoide, células multinucleadas y acúmulos de linfocitos y macrófagos, cargados con hemosiderina. Por último presenta áreas de cavidades rellenas de sangre. Por lo cual se informa como un Quiste óseo aneurismático variedad sólida.

La evolución clínico radiológica de la paciente ha sido muy buena, sin complicaciones quirúrgicas ni recidivas locales, con excelente función de sus miembros inferiores, sin dolor, y con una franca reducción de la masa tumoral RMN de control (Fig.6).



Fig.6- Se aprecia la reducción de la gran masa tumoral que ocupaba la rama ilio e isquiopubiana derecha a los 2 años y medio de operada.

DISCUSIÓN.-

La topografía ósea del QOAS, según Ilaslam y col. del Departamento de Radiología de la Clínica Mayo, encontraron una distribución similar a la del QOA clásico, es decir es más frecuente en los huesos largos, en donde se presenta en un 53% de los casos, siendo lo más frecuente en fémur y tibia, topografiándose a nivel metafisario en un 75% de los casos, 20% a nivel diafisario y 5% a nivel epifisario, pudiendo comprometer la fisis en un 5%. (12). Bertoni et al (9) revisaron 15 casos de QOAS, que es una de las series más grandes de esta variante de QOA publicada, y presenta una distribución de 2 a 49 años (media de 23 años), con relación sexo masculino / sexo femenino de 1/1,5, siendo el fémur y la tibia los mas frecuentemente comprometidos

Con menor frecuencia afecta a huesos planos, y cuando lo hace en el 50% de los casos se topografía en la pelvis. La topografía raquídea se observa en un 15% de los casos, generalmente compromete los arcos posteriores, y en raras ocasiones se observa a nivel del cuerpo vertebral. La localización sacra es de muy difícil manejo terapéutico pero afortunadamente son poco frecuentes.

En cuanto a la etiopatogenia del QOAS, es similar a la del QOA clásico en donde la lesión se origina como un evento desencadenado por un trauma u otro tumor, que lleva a una alteración del sistema vascular intraóseo, generando una malformación con un crecimiento exagerado, que luego llega a una fase de estabilización continuando el flujo de sangre, disminuyendo la velocidad de crecimiento, pero este no remite mientras se mantiene el flujo sanguíneo.

La definición de esta lesión, QOAS, aparece en el año 1983, y se atribuye a Sanerkin, (17) quien con un término contradictorio la define como quística (por definición de contenido mayormente líquido), pero con un contenido mayormente sólido.

Este autor reporto 4 casos en su trabajo, 3 en raquis y uno en etmoides, que según el propio autor no entraban en ninguna clasificación, ya que la anatomía patológica era de QOA, pero la imagenología era diferente.

Previo a Sanerkin, Mirra definía esta lesión como un osteosarcoma de bajo grado por el contenido celular, y encontraba entre sus pacientes variedades de QOA que presentaban un predominio de material androide calcificado, que no había sido descrito aun. Tanto Sanerkin como Mirra afirmaban la naturaleza benigna de esta lesión y la trataron en consecuencia, teniendo una respuesta favorable con el tratamiento local.

El diagnóstico de estas lesiones es clínico, imagenológico y de confirmación anatomopatológica.

En cuanto a la imagenología, la radiología a pesar de tratarse de un tumor sólido, en la radiografía se presenta como una imagen radiolúcida, a veces lítica, similar a la imagen del osteosarcoma lítico, o ser una lesión muy expansiva, con gran crecimiento hacia partes blandas, similar al QOA clásico.

A diferencia de los QOA de variedad clásica, este presenta una membrana calcificada que se evidencia radiológicamente y circunscribe la lesión. Para Vergel de Dios no hay diferencia clínica ni radiológica entre el QOA clásico y la variante sólida.(20).

La RMN en los QOA variedad clásico pueden verse delgados septos que se ven en las imágenes ponderadas en T1, T2 así como en las imágenes con contraste con gadolinio, pero la presencia de estos septos nunca ha sido reportada en el QOAS (21).

Desde el punto de vista anatomopatológico, la histología presenta una gran proliferación fibrosa, con fibroblastos y células fusiformes, de tamaño variable y con algunas mitosis pero sin anaplasia y núcleos grandes que no deben ser confundidos con pleomorfismo nuclear. Estas características lo diferencian de lesiones malignas. El material osteoide que se produce se deposita formando grandes masas sólidas, lo que puede llevar al error diagnóstico con el osteosarcoma. Contiene además islotes o áreas de material fibromixoide. Presenta además las clásicas células gigantes de tipo osteoclastico, las cuales son más pequeñas y ordenadas que en el QOA clásico.

En nuestro caso histológicamente se encontraron zonas de proliferación de células fusiformes sin atipias ni mitosis, con áreas de osteoide y trabéculas óseas con un anillo osteoblástico y áreas de matriz colágena con material fibromixoide, células multinucleadas y acúmulos de linfocitos y macrófagos cargados de hemosiderina. Por último presenta áreas de cavidades rellenas de sangre

Dentro de los diagnósticos diferenciales debe plantearse con el osteoblastoma, pero se descarta por las características anatomopatológicas, ya que en el QOAS hay más fibrosis. También debe descartarse la displasia fibrosa, el osteosarcoma grado 2 y 3 que presenta en la histología anaplasia celular y pleomorfismo con mayor número de mitosis, mientras que el QOAS no presenta anaplasia. También hay que descartar el tumor a células gigantes, en los casos en que el paciente ha completado su desarrollo esquelético.

La evolución es similar a la del QOA clásico, tanto para Sanerkin como para Mirra, no encontraron metástasis, y todos respondieron bien al tratamiento quirúrgico, pero si se vio recidiva.

En cuanto al tratamiento de elección, la mayoría de los autores realizan la excisión intralesional con o sin coadyuvantes como injerto óseo. Por lo tanto, si hay un correcto

diagnóstico, el curso del QOAS es benigno, mientras no coexista con una lesión maligna.

Se puede decir que la evolución luego del tratamiento es similar a la del QOA clásico, sin embargo Sato y colaboradores de la Universidad de Nagoya, encontraron que a diferencia del QOA clásico, el QOAS presenta una respuesta diferente al tratamiento según la topografía siendo mayor índice de recurrencias en la topografía a nivel del maxilar, mano, pie y raquis. (16)

En conclusión la presencia de una tumoración, con una imagen lítica a nivel de la pelvis debe hacernos pensar en una lesión benigna, sin descartar las lesiones con grado de malignidad como puede ser el osteosarcoma, pero en donde la imagenología fundamentalmente con la RMN y la biopsia nos orientaran al diagnóstico. La presencia del QOAS debe ser cuidadosamente valorado a la hora del diagnóstico, ya que su baja frecuencia seguramente no sea planteada en una primera instancia. En estas lesiones el tratamiento mediante curetaje, con o sin colocación de injerto, es el tratamiento ideal, con una baja tasa de recurrencias.

BIBLIOGRAFÍA

- 1-M.Campanacci P.Ruggieri,
Enciclopedia Medica Quirúrgica tomo 2
- 2-D.C.Dahlin.
Tumores Oseos, editorial Charles C. Thomas-EEUU 1ª Edición.
- 3-Greenspan-Remagen,
Tumores de Huesos y Articulaciones, Marban. 1a edición
- 4-Joseph M. Mirra, con colaboración de Piero Picci y Richard H. Gold.
Bone Tumors. Clinical, Radiologic, Pathologic Correlation.
Copy right 1989 Lea & Febiger.
- 5-Fritz Schajowicz
Tumores y Lesiones seudotumorales de Huesos y Articulaciones.
- 6-Morrissy R. and Weinstein S. Lovell and Winter. Pediatric Orthopaedics.
Cuarta edición. Lipincott-Raven.
- 7- Staheli L. Ortopedia Pediatrica. Edición Original. Ed Marban 2002.
- 8- Tachdjian's Pediatric Orthopaedics, Texas Scottish Rite Hospital
for Children, Third Edition.
- 9-Bertoni, Capanna, Campanacci y col. Solid variant of aneurismal
bone cyst. Cancer Feb 1 1993 vol71, No3.
- 10-Capanna, Campanacci y col. Unicameral and Aneurismal Bone
Cysts Clinical Orthopaedics and Related Research, 204 March
1986.
- 11-Edel y col. Solid variant of ABC. Pathol Res Pract. 1992
Aug;188(6):791-6.
- 12-Ilaslan y col, Solid variant of aneurismal bone cyst in long
tubular bone. AJR Am J Roentgenology 2003 Jun;180(6):1681-7.
- 13-Karabela y col. Solid variant of ABC : a case report with
bilateral involvement of distal femoral metaphyses. Virchows
Arch. 1994;425(5):531-5.

- 14-Oda y col. Solid variant of ABC in the axial skeleton and long bones. *Cancer* 1992 Dec 1;70(11):2642-9.
- 15-Panico y col. Giant cell reparative granuloma of the distal skeletal bones. *Virchows Arch.* 1994;425(3):315-20
- 16-Sato y col, Solid variant of ABC of 3rd lumbar vertebra. Nagoya *J Med Sci.* 1996 Dec;59(3-4):159-65.
- 17-Sanerkin y col. An unusual intraosseous lesion with fibroblastic, osteoblastic, aneurysmal and fibromyxoid elements."Solid"variant of ABC. *Cancer* 1983 Jun 15;51(12):2278-86.
- 18-Yamamoto y col, A propósito del QOA solido de huesos largos. *Skeletal Radiology* 2000 Aug;29(8):470-3.
- 19-Yoshinao y col. Solid variant of aneurysmal bone cyst(extragnathic giant cell reparative granuloma) in the axial skeleton and long bones. *Cancer* Dec 1 1992 vol 70 No. 11.
- 20-Vergel De Dios AM, Bond JR, Shives TC, et al. Aneurysmal bone cyst. A clinicopathologic study of 238 cases. *Cancer* 1992;69:2921-31.
- 21-Suzuki,M;Satoh,T; NishidaJ; Kato,S; Toba,T; Honda,T; Masuda,T. Solid variant of aneurysmal bone cyst of the cervical spine. (Case report). *Spine.* Vol. 29 (17). Set,1,2004. 376-381.

Solid Variant of Pelvic Aneurysmal Bone Cyst.

(Case Report)

AUTHORS: Cuneo, Alejandro M.D; Acevedo, Daniel M.D; Schimchak, Mario M.D.

From the Department of Pediatric Orthopaedic Surgery at the Pereira Rossell Hospital. School of Medicine. Montevideo. Uruguay.

Design of the study. –

We report a case of solid variant of aneurysmal bone cyst at the pelvis, in where the images show an expansile litic lesion, destructive that jeopardizes the pelvis, with invasion of the pelvis inside and outside . For treatment we made the cavity curettage without bone grafting, and we don't have any sign of local recurrence 2 years later.

Objective. –

The objective of the work is to hierarchize the appearance of this variant of aneurysmal bone cyst (ABC) at the pelvis with a really low frequency.

Summary and Background data. –

The solid variant of ABC is very rare in which to obtain the diagnosis with the previous imaging to the biopsy and the surgery is very difficult.

Material and Methods. –

We report the case of an 11 years old female patient, coming from the rural area, that consults by pain that started 6 months ago at the right thigh, with episodes of nocturnal pain that alleviate with dipirona. At no moment she present fever nor general repercussion. Two months before the consultation it refers to feel a tumor in inguinal region, that is painful to the palpación, which requires studies which soon they are detailed, surgical biopsy and soon the definitive treatment by means of curetaje without stuffed with graft.

Results. –

The MRI is a study of capital importance at the time of evaluating these cysts images at the pelvis. They show a heterogenous signal as much in T1 and T2, being with normal intensity in T1 and with high-intensity in T2, with some areas that impress cystic and others that impress solid. The histology shows the proliferation of fusiform cells without atipias nor mitosis predominantly. With the surgical treatment with the local curetaje, without graft stuffed, in 2 years of evolution we don't have clinical nor imagenological evidence of local recurrence.

Conclusions. –

The solid variety of the ABC is a rare injury, that it must include within the differentials of the líticas injuries and coverall in little frequent locations as is pelvis, in where the MRI is very important to help in the diagnosis, that will be confirmed with the histologically study.

The bony cysts are classified like hiperplasias, and are benign lesions, that do not fulfill the patterns of classification of the malignant tumors, reason why it has assigned them to a category of pseudotumoral injuries. The ABC is defined according to the WHO like a "unique, osteolytic, expansive injury, constituted by spaces of variable size,* separated plenty of blood by connective weave partitions, that contain trabéculas of bony or osteoide weave and giant cells of osteoclástico type". Term QOA was used by Jaffe and Lichenstein in 1942 to describe two samples of stuffed cysts of blood in which the weave of the wall contained ample spaces, areas of hemosiderina deposits, giant cells, and some trabéculas bony. Four types of QOA exist: classic, secondary (traumatismos or fractures are observed after, or accompanied preexisting injuries), solids (or granulomas giant repairers of celulas, that macroscopic difference of the classic one by its more compact aspect), and finally the variety of soft weaves (which they can be developed in muscles, hollows supraclaviculares, inguinales or spaces perivasculares, without jeopardizing the bone) (4, 5). The QOA is 1% of the bony tumors and presents/displays an incidence of 0,14 by 100000 inhabitants. Its appearance is in the childhood, being in a 76% of minors of 20 years and 90% in minors of 30 years. The bony cyst aneurismático solid variety (QOAS), also known like granuloma reparativo giant cells, is an injury very little frequents, with an incidence

between 3.4 and 7.5 % within the QOA, (9, 20) with slight predominance in feminine sex. CASE CLINICO. - Student of 11 years feminine sex, without personal nor familiar antecedents to emphasize, that he consults in September of 2002 by pain in straight occasional thigh of 6 months of evolution, with episodes of nocturnal pain that calm with dipirona. To the 3 months he adds painful cojera in inferior member straight, and a month but late he begins to feel a tumoración in the painful right inguinal region, reason why he consults to the 3 months of evolution. At no moment of the evolution he presented/displayed fever nor symptoms of general repercussion. In the physical examination, a right inguinal tumoración is felt, of approximately about 6 cms. 6 Xs cms., made oval, that makes body with the underlying bone, independent of the subcutaneous planes and that hurts spontaneously and to the palpación. It does not present/display neurological deficit in inferior members, nor peripheral vascular commitment. The x-ray shows a topografiada bony injury in the iliopubiana, ovoidea, lítica branch, with trabeculado internal, of net edges, that the cortical one deforms and insufflates, of expansive character and it extends towards endo and exo pelvis. (Fig.1)

Fig.1- X-ray front of pelvis in where the great tumoración is appraised that jeopardizes the branches ilio and isquiopubianas of the right side.

The TAC informs a bony expansive process into semiquística nature that replaces and expands the right iliopubiana branch. Cms measures approximately 8.5 X 5cms. 7 Xs cms. of diameter AP, transverso and cefalocaudal respectively, with irregular and polilobulados edges. In the sector superoexterno jeopardizes the colinden tree and in the inferior and internal sector it grows moving to the visceral axis of pelvis smaller (Fig.2) the injury expands towards superficial planes of the inguinocrural region, moving flat muscular and pedículo vasculonervioso femoral. The RMN shows to an expansive process with expansion and bony substitution in the right iliopubiana branch, with a growth endo and exopelviano, that the cavity invades to acetabular and grows towards the inguinal region moving the iliofemoral vasculonervioso package. In the endopelviano sector it grows towards pelvis smaller and it makes convex the muscle internal stopper and it moves the visceral axis of pelvis towards the contralateral side which is seen clearly in the coronales cuts. It presents/displays a heterogenous signal as much in T1 as in T2, being isointenso in T1(Fig.3) and hyperintense in T2 (Fig.4), of aspect in multiquísticas areas and areas that they impress solid. When applying resistance takes place a partial enhancement delimiting areas.

Fig.2- TAC of beginning. solid and other quísticas some of these with liquid levels, whose signal orients to a hemorrágico content (Fig.5). In sum in the RMN one appears as an expansive process of the previous frame of pelvis straight with a compatible solid-quístico component with a QOA but with the characteristic to have great predominance of solid areas.

Fig.3- RMN in images weighs

Fig.4-Imágenes de RMN weighs DAS in T1. DAS in T2.

Fig.5-Images of the RMN with resistance.

Later the 26 of September of 2002 an opened biopsy is made, that macroscopically appears like a weave of target-grayish and hemorrágico color. Microscopically was a fibrous wall with little red globules in the lights and giant cells type osteoclasto in the wall. These anatomopatológicas characteristics are compatible with a classic QOA, standing out the greater solid weave predominance. After making the biopsy, and previous to the definitive treatment a new RMN is made that demonstrates the same expansive process, showing a greater size, with cortical destruction of the bony one, the same characteristics mentioned in the previous RMN, adding the existence of intralesionales calcifications. With the made studies and the result of the biopsy, the objective of the treatment was to obtain the treatment of the tumorlike process, to stop the progression and to avoid complications and the recidiva. The intralesional exéresis of the tumor was made, by means of ample curetaje, which is made by ortopedista surgeon attended by vascular surgeon given the vascular importance of the region in which the procedure was made. The injury presented/displayed previous a bony wall, reason why it is acceded to same through a window of about 3 3 Xs cms, being obtained of that way to make the ample curetaje of the zone. The walls of the cavity are heavy and abundant solid off-white material is obtained, which does not correspond with the pathological anatomy of a classic aneurismático bony cyst, and in addition presents/displays abundant bled, which as it is progressed in the cureteado one of the cavity is yielding. Continuing the exploration of the cavity, is one second cavity, later and commits at level of the isquiopubiana branch, with material of characteristic similars to the previous one, which curetea and is washed with physiological serum. The cavities with bony graft did not fill up, I am only placed gelfom with hemostatic effect. The injury histológicamente presented/displayed zones of proliferation of fusiform cells predominantly without atipías nor mitosis. Are areas of bony osteoide and trabéculas with a osteoblástico ring and multinucleadas areas of colágena matrix with fibromixoide material, acúmulos cells and of lymphocytes and macrophages, loaded with hemosiderina. Finally it presents/displays areas of stuffed cavities of blood. Thus aneurismático solid variety inquires like a bony Cyst. The radiological clinical evolution of the patient has been very good, without surgical complications nor the recidivas premises, with excellent inferior function of its member, without pain, and with a frank reduction of tumorlike mass RMN of control (Fig.6).

Fig.6- is appraised the reduction of the great tumorlike mass that occupied the branch ilio and right isquiopubiana to the 2 years and means of patient.

DISCUSSION. - The bony topography of the QOAS, according to Ilaslam and col. of the Department of Radiology of Clinical May, found a distribution similar to the one of the classic QOA, is to say is more frequent in the long bones, in where it appears in a 53% of the cases, being most frequent in fémur and tibia, topografiando itself at metafisario level in a 75% of the cases, 20% at diafisario level and 5% at epifisario level, being able to jeopardize the fisis in 5%.(12). Bertoni ET to (9) reviewed 15 cases of QOAS, that she is one of the greatest series of this variant of published QOA, and presents/displays a distribution of 2 to 49 years (average of 23 years), with relation masculine sex/feminine sex of 1/1.5, being fémur and the tibia but frequently jeopardizes With smaller frequency affects flat bones, and when it makes in 50% of the cases topography in pelvis. The rachidian topography is observed in a 15% of the cases,

it jeopardizes the later arcs generally, and in rare occasions it is observed level of the vertebral body. The sacral location is of very difficult therapeutic handling but luckily they are little frequent. As far as etiopatogenia of the QOAS, he is similar to the one of the classic QOA in where the injury originates like an event triggered by a trauma or another tumor, that takes to an alteration of the intrabony vascular system, generating a malformation with an exaggerated growth, that soon arrives at a phase from stabilization continuing the flow from blood, diminishing the speed of growth, but this it does not send while the sanguineo flow stays. The definition of this injury, QOAS, appears in 1983, and it is attributed to Sanerkin, (17) that with a contradictory term defines it as quística (by definition of mainly liquid content), but with a mainly solid content. This author I report 4 cases in its work, 3 in raquis and one in etmoides, that according to the own author did not enter any classification, since the pathological anatomy era of QOA, but the imagenología was different. Previous to Sanerkin, Mirra defined this injury like osteosarcoma of low degree by the cellular content, and found between its patient varieties of QOA that presented/displayed a predominance of material calcified android, that had not even been described. As much Sanerkin as Mirra affirmed the benign nature of this injury and they treated it consequently, having a favorable answer with the local treatment. I diagnose of these injuries is clinical, imagenológico and of anatomopatológica confirmation. As far as the imagenología, radiology in spite of being a solid tumor, in the x-ray appears like an image radiolúcida, sometimes lítica, similar to the image of osteosarcoma lítico, or to be a very expansive injury, with great growth towards soft parts, similar to the classic QOA. Unlike the QOA of classic variety, this it presents/displays a calcified membrane that is demonstrated radiologically and circumscribed the injury. For Orchard of God there is clinical nor no radiological difference between the classic QOA and the variant sólida.(20). The RMN in the classic QOA variety can see thin septos that are seen in the images weighed in T1, T2 as well as in the images with resistance with gadolinium, but the presence of these septos never has been reported in the QOAS (21). From the anatomopatológico point of view, the histología presents/displays a great fibrous proliferation, with fusiform fibroblasts and cells, of variable size and with some mitosis but without anaplasia and great nuclei that do not have to be confused with nuclear pleomorfismo. These characteristics differentiate it from injuries you vitiate. The osteoide material that takes place deposits forming great solid masses, which can take to the error diagnosis with osteosarcoma. It contains in addition small barren islands or areas to fibromixoide material. It presents/displays in addition the classic giant cells to osteoclástico type, which smaller and are ordered than in the classic QOA. In our case histológicamente were zones of proliferation of fusiform without atipias nor mitosis, with areas of bony osteoide and trabéculas with a osteoblástico ring and multinucleadas areas of colágena mátriz with fibromixoide material, cells and acúmulos cells of lymphocytes and loaded macrófgos of hemosiderina. Finally it presents/displays areas of stuffed cavities of blood Within the diagnoses differentials must consider with osteoblastoma, but one discards by the anatomopatológicas characteristics, since in the QOAS there is more fibrosis. Also displasia must discard fibrous, osteosarcoma degree 2 and 3 that presents/displays in the cellular histología anaplasia and pleomorfismo with greater number of mitosis, whereas the QOAS does not present/display anaplasia. Also it is necessary to discard the tumor to giant cells, in the cases in that the patient has completed his skeletal development. The evolution is similar to the one of the classic QOA, as much for Sanerkin as for Mirra, they did not find metástasis, and all responded to the surgical treatment well, but if recidiva were seen. As far as the election treatment, most of the authors they make the intralesional exceresis with or without

helping like bony graft. Therefore, if there is a correct diagnosis, the course of the QOAS is benign, while it does not coexist with a malignant injury. It is possible to be said that the evolution soon of the treatment is similar to the one of the classic QOA, nevertheless Sato and collaborator of the University of Nagoya, found that unlike the classic QOA, the QOAS presents/displays an answer different from the treatment according to the topography being greater index of recurrences in the topography at level from maxilar, hand, foot and raquis. (16) In conclusion the presence of a tumoración, with a lítica image at level of pelvis must make us think about a benign injury, without discarding the injuries with malignidad degree as it can be osteosarcoma, but in where the imagenología fundamentally with the RMN and the biopsy oriented us to I diagnose. The presence of the QOAS must carefully be valued to the hour of I diagnose, since their LF is surely not raised in one first instance. In these injuries the treatment by means of curetaje, with or without graft positioning, is the ideal treatment, with a low rate of recurrences.

BIBLIOGRAPHY

- 1-M.Campanacci P.Ruggieri, Surgical Medica Encyclopedia volume 2.
- 2-D.C.Dahlin. Oseos tumors, editorial Charles C. the Thomas-U.S.A. 1ª Edition. they
- 3-Greenspan-Remagen, Tumors of Bones and Joints, Marban.1a edition
- 4-Joseph M. Mirra, with collaboration of Piero Picci and Richard H. Gold. Bone Tumors. Clinical, Radiologic, Pathologic Correlation. Copy right 1989 Lea & Febiger.
- 5-Fritz Schajowicz Tumors and pseudotumorlike Injuries of Bones and Joints.
- 6-Morrissy R. and Weinstein S. Lovell and Winter. Pediatric Orthopaedics. Fourth edition. Lipincott-Raven.
- 7 Staheli L. Ortopedia Pediatrica. Original Edition. Ed Marban 2002.
- 8 Tachdjian's Pediatric Orthopaedics, Texas Scottish Rite for Hospital Children, Third Edition.
- 9-Bertoni, Capanna, Campanacci and col. aneurismal Solid variant of bone cyst. Cancer Feb 1 1993 vol71, No3.
- 10-Capanna, Campanacci and col.Unicameral and Aneurismal Bone Cysts Clinical Orthopaedics and Related Research, 204 March 1986.
- 11-Edel and col. Solid variant of ABC Pathol Head of cattle Pract.1992 Aug;188(6):791-6. col, aneurismal Solid
- 12-Ilaslan and variant of bone cyst in long tubular bone. AJR A.m. J Roentgenology 2003 Jun;180(6):1681-7.
- 13-Karabela and col. Solid variant of ABC: to with marries report bilateral involvement of distal femoral metaphyses.Virchows Arch.1994;425(5):531-5.
- 14-Oda and col. Solid variant of axial ABC in the skeleton and long bones. Cancer 1992 DEC 1;70(11):2642-9. 15-Panico and col. Giant cell reparative granuloma of the distal skeletal bones.Virchows Arch. 1994;425(3):315-20
- 16-Sato and col, Solid variant of lumbar ABC of 3rd vertebra. Nagoya J Med Sci.1996 Dec;59(3-4):159-65.

17-Sanerkin and col. unusual An intraosseous injury with fibroblastic, osteoblastic, aneurysmal and fibromyxoid elements."Solid"variant of ABC Cancer 1983 Jun 15;51(12):2278-86.

18-Yamamoto and col, With regard to the been accustomed to QOA of long bones. Skeletal Radilogy 2000 Aug;29(8):470-3.

19-Yoshinao and col. aneurismal Solid variant of bone cyst(extragnathic giant cell reparative granuloma) in the axial skeleton and long bones. Cancer DEC 1 1992 vol 70 no. 11.

20-orchard De God A.M., Bond JR, Shives TC, ET to. Aneurismal bone cyst. To clinicopathologic study of 238 you marry. Cancer 1992;69:2921-31.

21-Suzuki, M;Sato, T; NishidaJ; Kato, S; Tufa, T; Sling, T; Masuda, T. Aneurismal Solid variant of bone cyst of the cervical spine. (CASE report). Spine. Vol. 29 (17). Seth, 1, 2004. 376-381.