

Tumor de células gigantes con cambios tipo quiste óseo aneurismático clavicular. Reporte de caso.

Autores: J.C. Sánchez Moreno, S. De Luca , S.Andrés, S.Pavlinovic

A) Presentación clínica: masculino de 10 a de edad con omalgia derecha de 2 meses de evolución. Al examen físico: tumoración supraclavicular, sólida, dura, dolorosa, lisa, redondeada de 5x5 cm aproximadamente.

B) Hallazgos imagenológicos:

Tomografía computada:

Figs .1, 2 y 3: formación sólida de 47 mm que compromete tercio medio y distal de clavícula con fino e interrumpido contorno óseo condicionando además, compromiso de partes blandas.

Fig 4: reconstrucción 3D: ausencia de la cortical ósea del tercio distal a predominio de su sector posterior.

Fig.1



Fig. 2

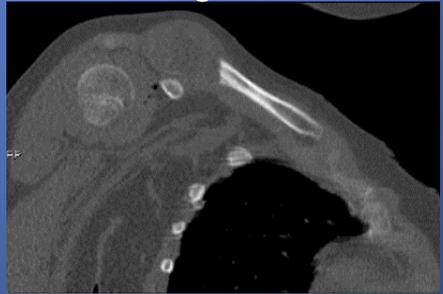


Fig. 3

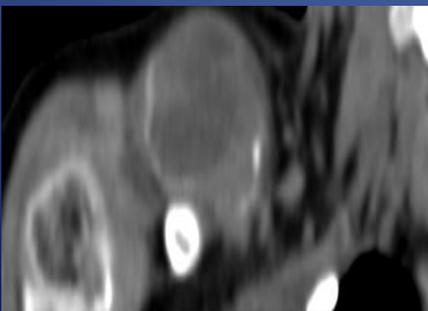


Fig.4



Resonancia magnética

Fig. 5: la lesión presenta baja señal en T1.

Figs. 6 y 7: en T2 y T2 FS es hiperintensa poniendo en evidencia el componente quístico con niveles líquido-líquido indicativo de sangrado intralesional.

Figs. 8 y 9: en los cortes coronales la lesión se muestra bien circunscripta.

Fig.5

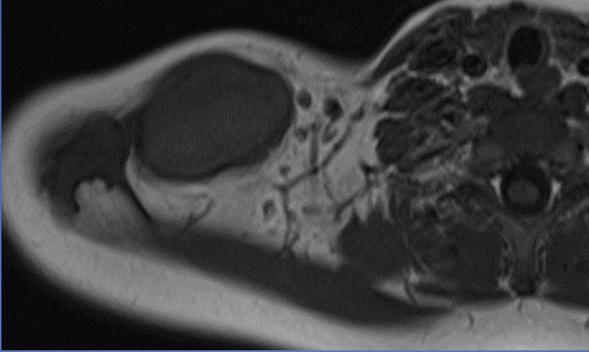


Fig. 6

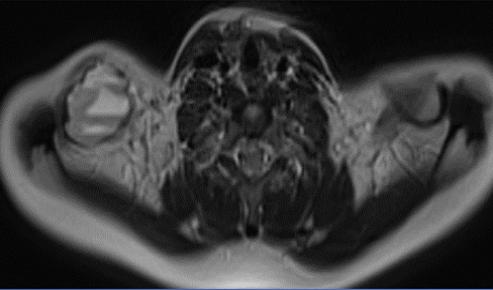


Fig.7

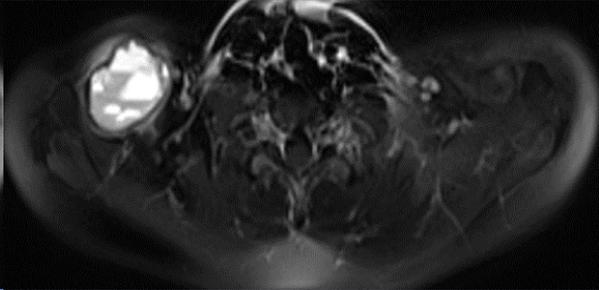


Fig. 8

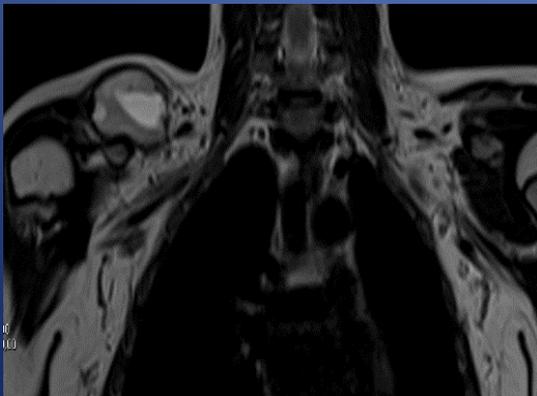


Fig. 9



19-FDG PET TC:

Figs.10 y 11: Lesión osteolítica en el extremo distal de la clavícula derecha acompañada de componente sólido/quístico con realce heterogéneo (mide 48 mm) presenta distribución irregular del radiofármaco predominando en dos focos en sus márgenes anterior e izquierdo y centro fotopénico (doughnut sign) .

Fig. 12 : MPR: SUV máximo de 3,6 y un SUL de 2,4 (adquisición tardía con valores de actividad similares).

Figs.13 y 14: MIP no se evidencia compromiso hipermetabólico a distancia.

Fig .10



Fig .11

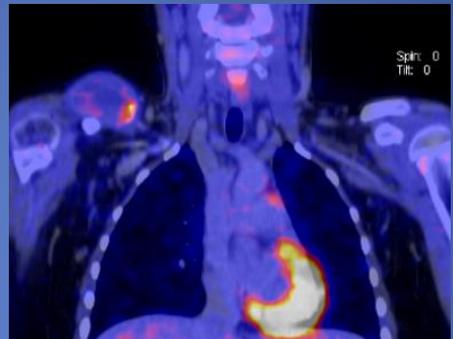


Fig .12



Fig.13

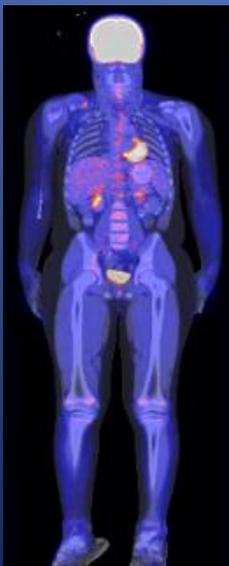


Fig.14



Histopatología

Figs. 15 y 16: Se observa proliferación de células gigantes multinucleadas de tipo osteoclásticas dispuestas en un estroma de células mononucleares y fusiformes. Coexisten extensos espacios quísticos con material hemático, separados por septos fibrosos.

Fig 15

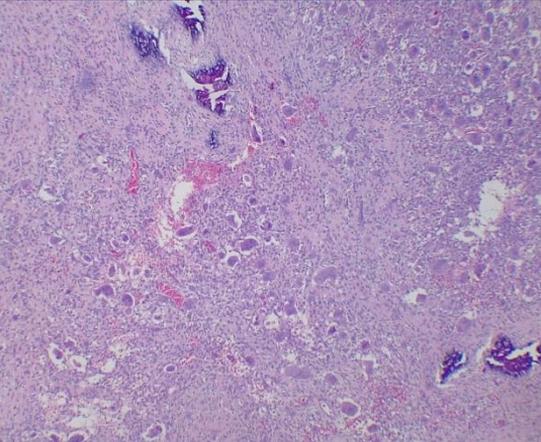
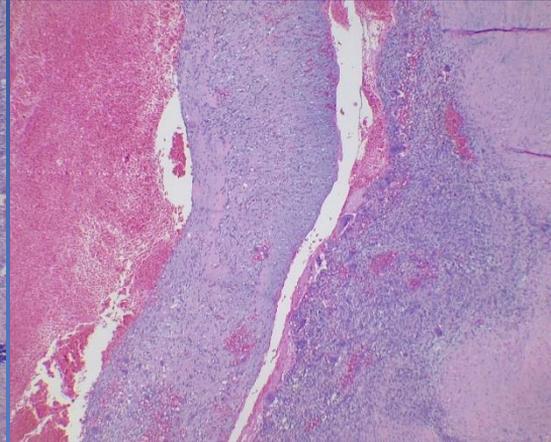


Fig 16



C) Discusión: El TCG es una lesión cuya localización más frecuentemente descrita es metafiso-epifisaria de huesos largos; la edad de presentación más frecuente, entre los 20 y 40 años; y el sexo más frecuente, mujeres con una relación 1.3. Es típicamente benigna pero puede demostrar características imagenológicas de agresividad o presentar cambios secundarios con niveles líquido-líquido de tipo quiste óseo aneurismático. Se presenta generalmente como una lesión lítica de margen bien definido no esclerosante, de ubicación excéntrica en metáfisis/epífisis de huesos largos extendiéndose cerca de la superficie articular y ocurre en pacientes con fisis cerrada. Puede simular plasmocitoma, metástasis de carcinoma tiroideo o células claras renal, condroblastoma y el osteosarcoma teleangiectásico. La formación secundaria de un quiste óseo aneurismático ocurre en hasta un 14% de casos de TCG óseo. La presencia de un componente de partes blandas que realza postcontraste puede estar presente en un TCG con formación secundaria de QOA pero no debería estar presente si la lesión es un QOA primario. El tratamiento tradicionales quirúrgico.

D) Conclusión: Se presenta este caso de TCG, dada su infrecuente localización, edad presentación y sexo. Los cambios secundarios de tipo quiste óseo aneurismático como los descritos ocurren también con baja frecuencia.