

Tumor de Células Gigantes del Extremo Distal del Radio. Presentación de un caso.

Autores

Dr. Eldis la O Durán*

Dr. Abel Nicolás Monzón Fernández **

Dra. Licett Sanz Delgado***

licett@infomed.sld.cu

Hospital Ortopédico Docente Fructuoso Rodríguez e Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR).

Resumen

Se presenta una paciente femenina de 40 años de edad, raza negra, portadora de un tumor del extremo distal del radio derecho, con diagnóstico histológico de un tumor de células gigantes de bajo grado de malignidad, reintervenido en varias ocasiones, acude a la consulta de tumores periféricos del INOR por recidiva de la lesión y con la propuesta de amputación del miembro, se le realizó cirugía conservadora con exéresis total de la lesión respetando el margen oncológico en dos tiempos con injerto libre de peroné, artrodesis de la muñeca y fijación interna del injerto con sistema AO, se logra la consolidación del mismo y la incorporación activa a la sociedad de la paciente.

Se expone diagnóstico, tratamiento, seguimiento, rehabilitación y pronóstico.

Palabras claves. Osteoclastoma

Summary

A 40 year-old feminine patient, black race, shows up portadora of a tumor of the end distal of the right radio, with diagnostic histológico of a tumor of giant cells of low grade of malignancy, reintervenido in several occasions, goes to the consultation of outlying tumors of INOR for relapse of the lesion and with the proposal of amputation of the member, he/she is carried out conservative surgery with total exéresis of the lesion respecting the oncological margin in two times with implant free of fibula, artrodesis of the doll and internal fixation of the implant with system AO, it is achieved the consolidation of the same one and the active incorporation to the patient's society.

It is exposed diagnosis, treatment, pursuit, rehabilitation and presage.

Key words. Osteoclastoma

Se presenta un caso de un tumor de células gigantes en el extremo proximal de la tibia izquierda. Se intervino quirúrgicamente y se le realizó la resección en bloque de la tumoración, se aplicó la técnica quirúrgica alternativa de artrodesis de rodilla con el uso del peroné ipsilateral, se logró la estabilización con un montaje especial de fijación externa RALCA®. El seguimiento del paciente fue durante un período de 5 años y se comprobó ausencia de recidiva tumoral, una sólida consolidación del injerto en ambos extremos e hipertrofia progresiva de las corticales óseas del peroné injertado (AU).

Introducción

El Tumor de célula gigante (TCG) es un tumor común de células mononucleares mal diferenciadas, la célula de origen es desconocida. (1, 3,7). El tumor de célula gigante de hueso afecta principalmente a los pacientes con epífisis cerrada y de haberse completado el crecimiento óseo longitudinal, aproximadamente el 85% aparece en los mayores que 20 años de edad (9,10, 11). Es más frecuente en el sexo femenino, contrario a lo observado en la mayoría de los tumores del hueso donde existe un predominio en el sexo masculino. (12,14).

Tiene un curso crónico, desde algunos meses a varios años, lo antecede generalmente traumatismo, dolor, tumoración o fracturas patológicas, el dolor es crónico, constante, progresivo que empeora en las noches y aumenta con la actividad física. Esta representado por una posición asimétrica en la epífisis de un hueso largo. Las localizaciones más frecuentes de dichos tumores en el esqueleto en orden decreciente son:

1. Fémur Distal.
2. Tibia Proximal.
3. Radio Distal.
4. Sacro.
5. El húmero Proximal

Aunque es benigno, tiene una tendencia a la destrucción significativa del hueso, recidiva local, y de vez en cuando a dar metástasis. La historia natural del tumor de células gigantes varía ampliamente y puede extenderse desde la destrucción ósea local, a la metástasis local, metástasis al pulmón, metástasis a los ganglios linfáticos (raro), o transformación maligna (rara). (14,16)

Presentación del caso.

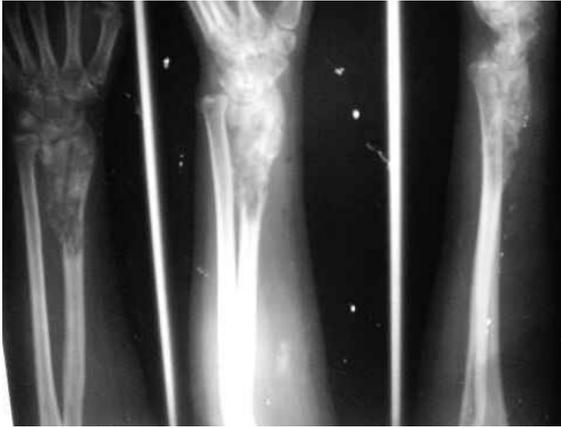
Se trata de una paciente femenina de 40 años de edad, raza negra, portadora de un tumor del extremo distal del radio derecho, con diagnóstico histológico de un tumor de células gigantes de bajo grado de malignidad, reintervenida en tres ocasiones que acude a la consulta de tumores periféricos del INOR por aumento de volumen y dolor intenso de la muñeca derecha había solicitado la amputación del miembro por al recurrencia de la lesión.

Al examen físico

- El dolor fue el rasgo dominante, al inicio fue intermitente y luego se mantuvo constante, con limitación marcada de la movilidad de la muñeca
- Aumento de volumen del tercio distal del radio. (Esto puede ocurrir debido a la expansión del propio hueso o el proceso inflamatorio causado por el tumor).
- Dolor a la palpación superficial y profunda.

Complementarios.

- Rx de muñeca. Vistas AP y lateral. Tumoración epifisaria y metafisaria con ensanchamiento del tercio distal del radio, afinamiento de la cortical, destrucción lítica del hueso que se extiende a la superficie articular. Fractura patológica del radio.
- U/S Abdominal. Sin alteraciones.
- Hematología. Sin alteraciones.
- Gammagrafía ósea. Intensa captación de radiofármaco en el tercio distal del radio bien delimitado.
- Histología. se revisan las láminas y se confirma un TCG de bajo grado de malignidad.



Tratamiento.

La cirugía se programo en dos tiempos.

Un primer tiempo.

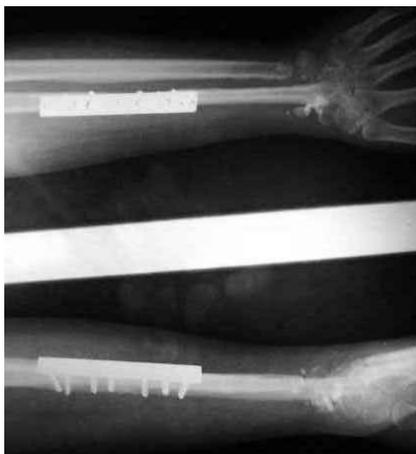
Se realizó exéresis del extremo distal del radio con margen oncológico, colocándose un espaciador de cemento óseo por 4 meses. Se plantea que la hipertemia generada por éste cemento biológico facilita la destrucción de las células neoplásicas que pudieran quedar; además contiene gentamicina, antibiótico que ayuda a prevenir una infección sobreañadida.

Se mantuvo la longitud con un fijador externo RALCA monopolar.

Segundo tiempo.

Se tomó injerto libre del peroné no vascularizado para sustituir el defecto óseo. Arthrodesando la articulación cubito radial y radicarpiana, el injerto se fijó con lámina DCP (3.5 Mm.) de 7 perforaciones, inmovilizamos por 10 semanas, lográndose una total consolidación ósea y artrodesis de las articulaciones mencionadas. Se rehabilito por espacio de 8 semanas la movilidad de los dedos y el codo. La paciente se incorporo. A sus actividades laborales como

profesora universitaria. No se ha presentado recidiva local ni metástasis, y la función del miembro es aceptable.



No se aplicó Quimioterapia ni Radioterapia.

Conclusiones

Recomendamos en los TCG de bajo grado del tercio distal del radio ser tratados con exéresis amplia, con margen oncológico y no con curetaje óseo por la gran recidiva que tiene esta técnica, es útil el uso del peroné no vascularizado aunque el tiempo de inmovilización sea mayor.

La combinación terapéutica empleada demostró que el tumor de células gigantes de baja malignidad puede ser tratado con intervención quirúrgica conservadora. El injerto autógeno de peroné permite cubrir el defecto óseo cuando estabilizamos rígidamente los fragmentos. Siempre que sea posible se procurara conservar el miembro ya que la amputación solo provocaría severos trastornos psicológicos y somáticos, con la cirugía conservadora se mejora la calidad de vida de estos pacientes, deberá evitarse la irradiación de la lesión ya que no es beneficiosa y puede ser causa de lesiones de partes blandas y de la malignización del tumor.

Por tanto, por todas las ventajas que reportó el empleo de esta técnica quirúrgica al paciente; así como la evolución favorable y la no presencia de complicaciones, se recomienda que es una técnica quirúrgica a tener en cuenta dentro del arsenal terapéutico del ortopédico cuando se enfrenta a un paciente con TCG.

Bibliografía

1. Cañadell J. Protocolos terapéuticos del cáncer de la clínica universitaria de Navarra: Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología. España: Ediciones Universidad de Navarra Pamplona, s. a: 217 -324.

2. Valls Pérez O, Marinello Vidaurreta Z. Tumores y lesiones pseudotumorales del esqueleto. La Habana : Ed. Científico-Técnica, 1979:149-152.
3. Alvarez Cambras R, Ceballos Mesa A. Los fijadores externos en traumatología. En su tratado de Cirugía Ortopédica y Traumatológica. La Habana : Ed Pueblo y Educación, 1985;11:576-7.
4. Campell EA, Grenshaw AH. Cirugía Ortopédica. 6 ed. Ciudad de La Habana : Ed revolucionaria, 1981:1328.
5. Ceballos Mesa A. La fijación externa de los huesos la Habana : editorial Ciencia y Técnica ,1983 : 70 –71.
6. Lausten GS, Jensen PK, Schiodt T, Lund B. Local recurrences in giant cell tumour of bone: long-term follow up of 31 cases. Orthop. 1996; 20:172-6.
7. Maloney W, Vaughan L, Jones H, Ross J, Nagel D. Benign metastasizing giant cell tumor of bone: report of three cases and review of the literature. Clin Orthop. 1989; 243:208-15.
8. Taylor GL, Miller HHD, Ham FJ. The free vascularized bone graft: a clinical extension of microsurgical techniques. Plastic reconst Surg. 1995; 14:121-8.
9. Sallés G, Cabrera N, Álvarez L, Wood C, Peña L, Tarragona R. Injerto vascularizado de peroné y minifijador externo en defectos óseos del miembro superior. Rev Cubana Ortop Traumatol. 2004 (supl 18): 26-28.
10. Campanacci M, Baldini N, Bariani S, Sudanese A. Giant cell tumor of bone. J Bone Joint Surg (Am). 1987; 59-A:106-14.
11. Sanerkin NG. Malignancy, aggressiveness, and recurrence in giant cell tumor of bone. Cancer. 1980; 46:1641-9.
12. Álvarez Cambras R. Fijadores externos. La Habana: Publicigraf; 1993.p.35.
13. Rasmussen MR, Bishop AT, Word MB. Arthrodesis of the knee with a vascularized fibular rotatory graft. J Bone Joint Surg. 1995; 77A (5):751-
14. González del Pino J, Lovic A, Olsen B. Injerto vascularizado de peroné para la reconstrucción tumoral. Rev Esp Ortop Traumatol. 1997; 41:308-18.
15. Weiland AJ. Current concepts review: vascularized free bone trasplants. J Bone Joint Surg. 1981; 63A(2):166-9.
16. Tarragona R, Navarro A, Castro A. Elongación ósea de la tibia con injerto vascularizado osteomiocutaneo del peroné, presentación de un caso. Rev cubana de Ortop y traumatol. 1998; 12 (1-2): 104-6.
17. 12. Mack J, Keith R, Berend E, Gunneson R. Free vascularized fibular grafting for the treatment of postcollapse osteonecrosis of the femoral head. J Bone Joint Surg. 2004; 86A (suppl 1): 87-101

Autores.

*Dr. Eldis La O Duran Especialista de 1er Grado en Ortopedia y Traumatología. Hospital Ortopédico Docente Fructuoso Rodríguez. (HODFR).

**Dr. Dr. Abel Nicolás. Monzón Fernández. Especialista de 1er Grado en Cirugía General. Jefe de los servicios de tumores periféricos del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. (INOR).

*** Dra. Licett Sanz Delgado. Especialista de 1er Grado en Epidemiología. Responsable de Investigaciones. (HODFR).

Autores

Dr. Eldis la O Durán*

Dr. Abel Nicolás Monzón Fernández **

Dra. Licett Sanz Delgado***

licett@infomed.sld.cu

Hospital Ortopédico Docente Fructuoso Rodríguez

Calle G % F y 29 Vedado, plaza de la Revolución

Ciudad Habana, Cuba CP 10400

Marzo de 2008