

# Ventana Oncológica 13

\*Dr. Jorge E. Navia MD, \*\*Dr. Edwin Carrascal

\*Jefe de Unidad de Oncología Ortopédica. Hospital universitario del valle. Universidad del Valle

\*\*Jefe de Departamento de Patología. Universidad del Valle

## Historia clínica

Paciente masculino de 15 años de edad con historia de dolor en el tercio distal del muslo izquierdo de un año de evolución, que era leve inicialmente, y que el paciente asocia a actividad deportiva intensa, pero luego (tres meses después) se localiza en la rodilla, es de predominio nocturno, y hace tres meses aparece aumento de volumen moderado de la rodilla, sin un derrame articular, pero con limitación dolorosa de la movilidad; el dolor cede con aspirina, o ibuprofeno orales recetados por el médico general que lo atiende en consulta externa de la E.P.S. y que explica el cuadro como “fatiga muscular, y prescribe lo anterior, además que recomienda al paciente abandonar toda practica deportiva.

El paciente empeora y consulta a ortopedista particular, quien ordena estudios radiográficos:

### Imaginología:

Radiología Simple (Figuras 1 y 2):



Figura 1

Figura 2

Estas radiografías AP y lateral de rodilla izquierda son interpretadas por el radiólogo como normales

El ortopedista explica a la familia que probablemente se trate de una lesión ligamentaria crónica (a pesar de no existir evento traumático, ni evidencia clínica de inestabilidad, solo es documentado un aparente derrame articular).

Se practica una infiltración con esteroides, y se ordena rehabilitación, con lo cual el paciente empeora, haciéndose el dolor insoportable y ahora no solo nocturno.

¿Que opina usted del cuadro clínico? Y además asociado a un estudio radiográfico normal?. ¿Que hacer? Posibilidades:

1. Inmovilización con cilindro de yeso por 6 semanas.
2. Observación y nueva evaluación radiográfica en dos semanas
3. Cirugía exploratoria de la rodilla:
  - a. abierta
  - b. artroscópica
4. Gamagrafía ósea
5. Resonancia nuclear magnética de la rodilla

El paciente consulta al servicio de urgencias de la E.P.S. donde el médico general practica aspiración de la rodilla, (muy dolorosa), obtuvo 15cc de líquido sinovial de aspecto normal que se envía al laboratorio pero se coagula, sin embargo ordena una gamagrafía ósea (Figuras 3 y 4):

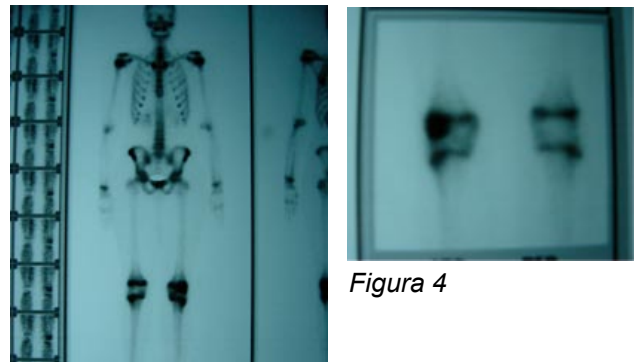


Figura 3

Figura 4

La gamagrafía ósea muestra una fase tisular, aumentada a nivel de la rodilla izquierda, además de una clara acumulación del radioisótopo, en el cóndilo femoral lateral izquierdo.

Con esta información el paciente es remitido a la Unidad de Oncología Ortopédica del HUV.

En el examen de ingreso el paciente presenta un derrame articular moderado, y una deformidad en flexión de la rodilla de 30°, aumento de volumen de la rodilla y aumento de calor local.

Se trata entonces de una lesión epifisaria del cóndilo femoral con actividad osteoblástica, sin tener otra información las posibilidades diagnósticas serían:

1. Quiste óseo aneurismático
2. Tumor de células gigantes
3. Condrolastoma
4. Osteomielitis con artritis séptica de la rodilla

Se solicita una resonancia nuclear magnética de la rodilla, la cual es negada por la E.P.S. por tratarse de un estudio costoso y por no tener confirmado el diagnóstico de una lesión maligna. El auditor médico sugiere hacer biopsias de todos los casos, y a aquellos casos con lesiones malignas, se pueden autorizar estudios más costosos, así la entidad va a ser costo-efectiva y la EPS puede recobrar el dinero por tratarse de enfermedades catastróficas.

Se solicita entonces un CAT, contrastado de la rodilla, que muestra una leve esclerosis periferia del cóndilo femoral, y es interpretado como variante normal.



Figura 5

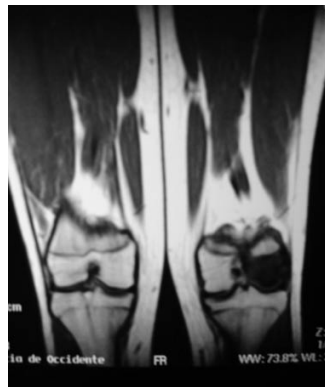


Figura 6

La resonancia magnética se aprecia a continuación y muestra lesión de todo el cóndilo femoral externo y en las diferentes secuencias muestra que se trata de una lesión más densa y con esclerosis sin masa de tejidos blandos definida.

## Laboratorio

Hemograma: leucocitos: 8.900 Hg: 15.2 plaquetas: 325.000  
FA: 170 LDH: 361

Impresión diagnóstica:

1. Condrolastoma
2. Tumor de células gigantes
3. Osteoblastoma

4. Osteosarcoma
5. Linfoma

¿Es posible en este caso hacer una biopsia por congelación?  
¿Cuál sería el manejo de las entidades anteriores?

Se realizó biopsia abierta adecuada:

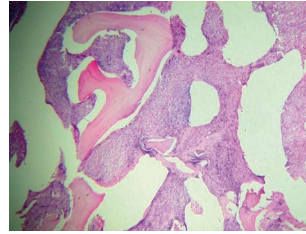


Figura 5

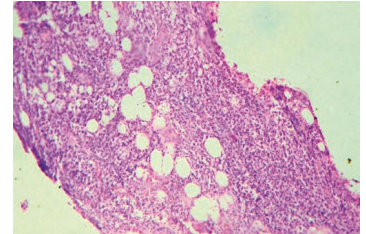
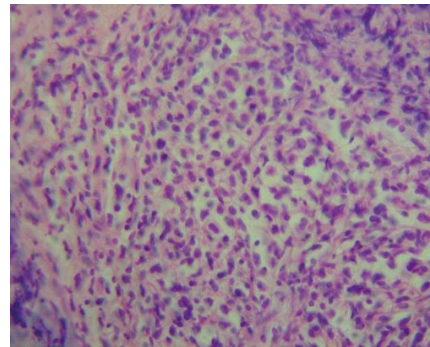


Figura 6

10x muestra lesión muy celular que infiltra una trabécula ósea  
40x lesión de alta celularidad, constituida por células pequeñas redondas azules, sin tendencia a la formación de rosetas.



### Diagnóstico:

Linfoma no Hodgkin óseo.

### Discusión:

En la unidad de oncología ortopédica es muy común el escenario que se ha presentado en este caso, donde el paciente consulta repetidas veces al sistema de salud y es orientado erróneamente.

Esto sucede por varias razones: la principal, es que los tumores óseos primarios que se presentan en jóvenes aparentemente sanos, son difíciles de diagnosticar, porque el médico NO LOS SOSPECHA, pues a pesar de tener una historia clínica no muy clara, un joven deportista sano, lo más PROBABLE es que presente cualquier patología relacionada con el ejercicio, y no un amenazante tumor óseo.

En este caso la situación es aún más difícil, pues el paciente no tiene una “masa” definida, y los estudios radiográficos iniciales fueron interpretados como “normales”.

Esa interpretación es la de un estudio radiográfico, que no permite más información por la limitante del método. Esto no quiere decir que el paciente no tiene patología intraósea, solo que en ese momento el método carece de la sensibilidad para detectarla.

Por esa razón en la reflexión inicial, aquellas conductas orientadas a “hacer algo” (situación que muchos pacientes esperan y exigen al médico) son muy peligrosas cuando no están encadenadas con un razonamiento médico lógico:

Es preciso tener una impresión diagnóstica bastante bien cimentada para inmovilizar o intervenir quirúrgicamente a un paciente.

Las “exploraciones quirúrgicas” están condenadas pues hoy en día contamos con suficientes y detallados métodos diagnósticos, que nos permitan “mirar sin abrir” y así establecer impresiones diagnósticas coherentes de donde se desprendan adecuados métodos de tratamiento.

El tener una sorprendente habilidad manual con un artroscopio no sirve de nada si lo que tenemos que evaluar y reparar no es un desorden mecánico en la articulación, y en la literatura médica ortopédica son varios los artículos que llaman la atención sobre tumores óseos con artroscopias diagnósticas previas, sobre todo con la actual creencia de las entidades intermediarias, y prestadoras de servicios de salud, que cualquier dolor de la rodilla es mejor diagnosticado con una artroscopia y para una resonancia magnética es casi imposible obtener autorización.

Una alternativa adecuada y más segura si uno NO SABE QUE TIENE EL PACIENTE, es una observación cercana controlada para determinar la evolución de la enfermedad, y si es posible repetir algunos estudios como radiografías simples.

Este caso es de muy difícil interpretación. Los estudios que pueden orientar son:

La gamagrafía ósea, que puede considerarse un detector de personalidad del tumor indicándonos si existe actividad osteoblástica, que puede ser primaria o secundaria a una destrucción

ósea, cuando la velocidad de la misma lo permite. Este mismo estudio detecta compromiso en otras áreas, sin embargo es un estudio muy poco específico y muy poco detallado sobre la geografía o fotografía del tumor.

En ese sentido el CAT y la RM muestran aspectos topográficos del tumor e indirectamente hablan de su potencial agresividad, pero no aportan información sobre el potencial osteoblástico del tumor. Por lo cual estos estudios, gamagrafía ósea, CAT y RM son complementarios.

El diagnóstico inicial más coherente en este paciente es Condrioblastoma, que siendo epifisario carece de lesión osteolítica definida. La gamagrafía con captación intensa y focal apoya ese diagnóstico tanto como su localización epifisaria, pero no tiene defecto óseo.

El tumor de células gigantes es muy raro, en pacientes con epífisis abiertas, este caso está probablemente en el límite, pero de nuevo no existe lesión lítica, y la gamagrafía ósea que en el condrioblastoma es focal e intensa, en el tumor de células gigantes es periférica con aspecto de “halo”

Luego de detectar lesión esclerosa sin área lítica, el mejor diagnóstico para este caso era el de un OSTEOBLASTOMA todo era acorde, desde los síntomas iniciales nocturnos y la esclerosis, que debe ser motivo de preocupación (pues un osteosarcoma de bajo grado de malignidad se puede confundir aun histológicamente, con un osteoblastoma)

El osteoblastoma es la variedad “gigante” del osteoma osteoide y su tratamiento es la resección quirúrgica para evitar recurrencia local, y aliviar el intenso dolor del paciente.

En este caso el diagnóstico de linfoma fue una sorpresa y mas aún la consideración de que se pudiera tratar de un sarcoma de Ewing, diagnóstico que se descartó luego de evaluar toda la información que se había reunido previa a la biopsia que nos permitió, hacer una buena correlación y un diagnóstico.

Todos los estudios diagnósticos se deben realizar previos a cualquier intervención sobre el tumor (biopsia) pues este acto va a alterar de tal manera la topografía y el depósito del radiotrazador, que los estudios post biopsia son inútiles y se esta a merced única de la interpretación histológica sin ninguna orientación.

El linfoma no Hodgking de hueso fue primero descrito como: "SARCOMA DE CELULAS RETICULARES DE HUESO" Oberling describio los primeros casos en 1928 pero no hizo distinción con el Sarcoma de Ewing y describió un origen reticular del mismo. Parker y Jackson en 1939 establecieron las diferencias clinicopatológicas con el sarcoma de Ewing y con otros linfomas.<sup>5</sup>

Actualmente se utiliza la clasificación Europea-Americana de neoplasias linfoides, propuesta por el GRUPO INTERNACIONAL DE ESTUDIO DE LINFOMA: El sistema utiliza una mezcla de genética, inmunohistoquímica, histología, y clínica para establecer una ontogenia linfoide que refleje los estados antígeno-dependientes de diferenciación linfocitaria.<sup>1</sup>

Por definición es una entidad clinicopatológica definida con una histopatología idéntica a su contraparte nodal, es necesario tener un intervalo de 4-6 meses sin evidencia de enfermedad sistémica para definir la enfermedad como primaria de hueso, la enfermedad generalizada se puede presentar posteriormente.

Epidemiológicamente la presentación ósea pura corresponde a menos del 1% de todos los linfomas, puede presentarse multifocal en varios huesos, o en el mismo.

Hay predilección por el fémur y la pelvis, pero los huesos del tronco incluyendo costillas, clavícula, esternón, vértebras, son sitios frecuentes.<sup>3</sup>

El dolor es el síntoma más común, y los cambios inflamatorios son frecuentes, la fiebre es rara, y adenopatías, y hepatoesplenomegalia no se deben presentar en el caso de un linfoma óseo.<sup>1</sup>

Radiográficamente la principal característica es una lesión lítica, con apolillado y una destrucción permeativa, por ello la fractura Patológica es una forma de presentación, en esa presentación, la gamagrafía es negativa, y puede existir una masa de tejidos blandos asociada a la destrucción.<sup>1,2,3</sup>

Una presentación rara es la de este caso que presenta un pequeño foco de linfoma rodeado de una densa esclerosis reactiva que es la causa de la dificultad diagnóstica y que la evidencia inicial fuera tenue, el CAT no fue de ayuda, fue realizado con cortes de mas de 3mms de espesor, que solo

detectaron marginalmente la esclerosis. La gamagrafía igualmente fue orientadora por la reacción blástica, y en este caso es fundamental para descartar compromiso polioestótico.<sup>2,3</sup>

La edad de este paciente, es un factor contrario a este diagnóstico pues la mayoría de los linfomas ocurre después de los 40 años de edad, el diagnóstico de sarcoma de Ewing aparece como una posibilidad, sin embargo no es la presentación imagenológica, ni histológica.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con: osteomielitis, leucemia, histiocitosis, rhabdomyosarcoma.<sup>1,3</sup>

En este caso los estudios apuntaban a una lesión blástica tipo osteoblastoma, pero la histología fue contundente.

El tratamiento del linfoma no-Hodgking óseo, se lleva a cabo con quimioterapia y radioterapia, algunos autores predicen un mejor pronóstico de acuerdo a ciertos grupos histológicos, pero el estadio de la enfermedad parece ser el principal factor pronóstico.

Sin compromiso de tejidos blandos (como este caso) se espera un 58% de supervivencia a 5 y 10 años.<sup>1</sup>

Con compromiso de tejidos blandos de 22% y 12% respectivamente.

La cirugía de resección se debe reservar para aquellos casos de recurrencias, aunque en algunos con buena delimitación topográfica del tumor y posibilidad de reconstrucción pienso que la resección puede tener un papel muy importante en el tratamiento integral de esta patología.<sup>1,4</sup>

## Bibliografía:

1. Bone Tumors, Howard Dorfmann, Bogdan Czerniak, Mosby 1998
2. Bone Tumors, Joseph Mirra Clinical radiologic and pathologic correlations. Lea Febiger 1989
3. Tumors and Tumorlike Lesions of Bone. Fritz Schajowicz Springer Verlag 1994
4. Surgery for Bone and Soft Tissue Tumors, Dempsey Springfield and Michael A. Simon. Lippincott-Raven 1998
5. Tumors of Bone and Cartilage. Spjut, Dorfman, Fechner AFIP 2002