

Conferencia de oncología ortopédica

*Dr Jorge E. Navia MD. **Dr. Edwin Carrascal, ***Dr. Gabriel Benítez O.

*Jefe de Unidad de Oncología Ortopédica

**Jefe de Departamento de Patología

***Fellow clínico de la unidad de Oncología Ortopédica. Hospital Universitario del Valle. Universidad del Valle

Historia clínica

Paciente de 23 años con historia de dolor a nivel de la cadera izquierda de 9 meses de evolución, asociado a un episodio de ejercicio físico intenso, que fue tratado por médico general como un desgarro muscular, que no obtuvo mejoría y presentó empeoramiento de los síntomas con el dolor localizado ahora en la región glútea; consulta de nuevo, le toman una radiografía de pelvis y es remitido a la unidad de oncología ortopédica, donde se evalúa y se ordenan exámenes complementarios; el paciente no tiene recursos ni tiempo para más exámenes, y consulta a médico general quién le practica una biopsia abierta en el área de la tuberosidad isquiática; esta biopsia es informada por un patólogo general como un "osteosarcoma parosteal"; el médico general lo envía a un oncólogo clínico, quien lo presenta en una junta multidisciplinaria de tumores con la propuesta de hacerle una amputación.



Figura 1. Radiografía simple de pelvis, que muestra una lesión expansiva, con predominio lítico, y características destructivas óseas, de la tuberosidad isquiática al trasfondo acetabular, existe una osteopenia relativa de la cadera, comparada con la contralateral

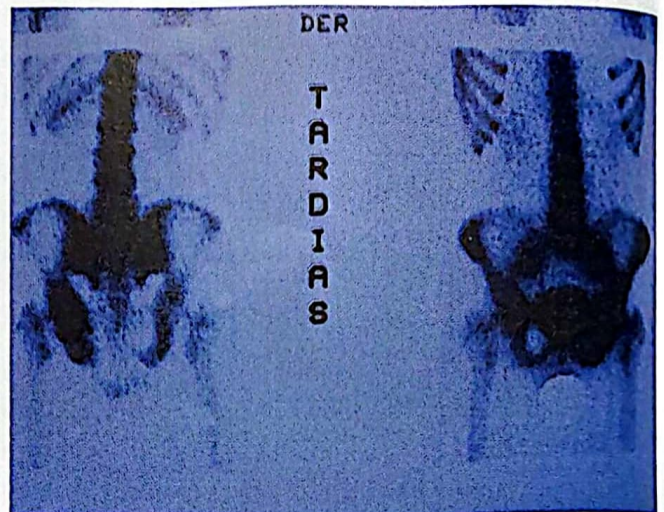


Figura 2. Gamagrafía ósea muestra hipercaptación de todo el trasfondo acetabular, y de la unión isquiopúbica, pero con el centro de la lesión misma fotopénico.

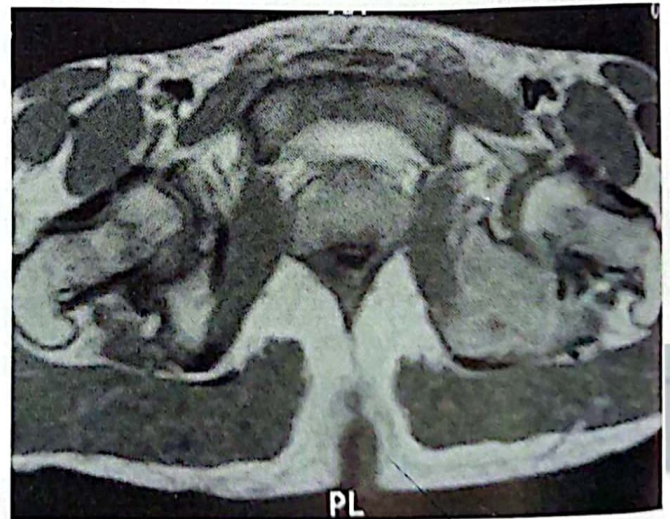


Figura 3

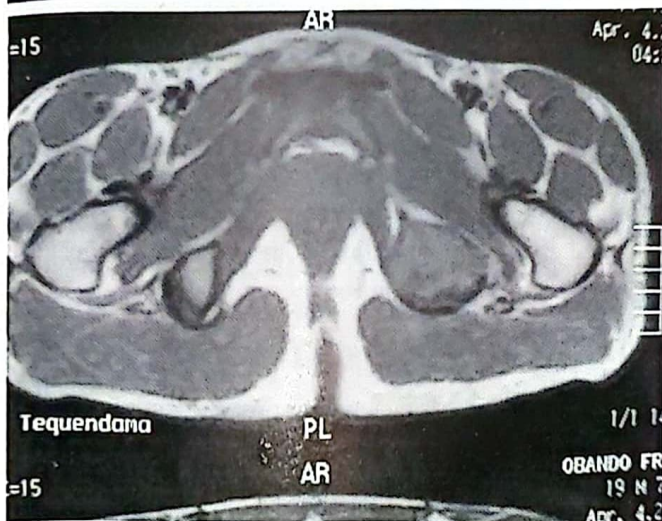


Figura 4 La resonancia nuclear magnética muestra una lesión hipointensa en T1, que aumenta su intensidad en T2, y que presenta una importante destrucción del fondo acetabular, tiene un componente expansivo muy importante, pero se mantienen las adelgazadas corticales, sin una verdadera masa de tejidos blandos, parece tener necrosis con líquido en su interior, sin tener niveles líquidos.

Laboratorio

Normal excepto por una fosfatasa alcalina y una LDH en el límite superior.

Impresión diagnóstica:

1. Osteosarcoma parostal
2. Quiste óseo aneurismático
3. Condrosarcoma
4. Fibrosarcoma
5. Osteosarcoma telangiectásico
6. Condroblastoma

La biopsia tomada inicialmente fue esta:

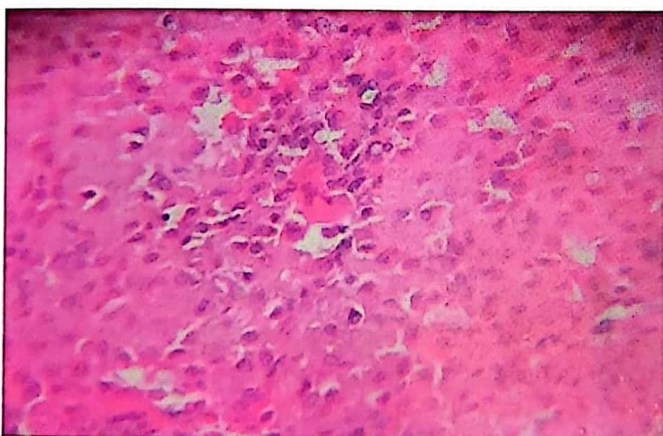


Figura 5. Aumento x 40: tejido de alta celularidad, de células poligonales, condroblastos, algunas células gigantes y áreas de calcificación irregular, en forma de malla

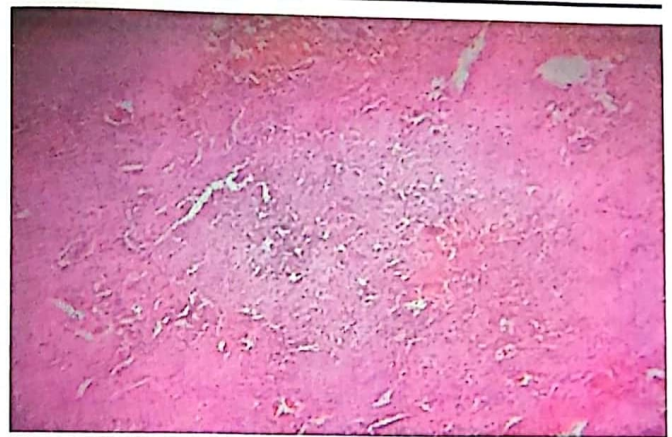


Figura 6. Aumento x10 la misma descripción anterior, área de necrosis y hemorragia

¿Cree usted que se trata de un osteosarcoma parostal?

¿Puede existir un error de esa magnitud en la interpretación de la biopsia de un tumor óseo por un patólogo general?

De acuerdo a esta información usted que haría:

1. toma de nueva biopsia; ¿si es así cómo la haría?
2. curetaje de la lesión, y uso de fenol
3. hemipelvectomy interna con reconstrucción
4. hemipelvectomy interna sin reconstrucción
5. hemipelvectomy externa
6. quimioterapia y luego cirugía de acuerdo a nueva evaluación
7. radioterapia

En la unidad de oncología ortopédica se llegó al diagnóstico de: Condrosarcoma de la pelvis

En el proceso de autorización de la cirugía por la E.P.S. el paciente, quien tenía restricciones en la carga de peso, se resbala en el baño, y presenta luxación de la cadera a través del trasfondo acetabular comprometido por el tumor, que se traduce en una luxación central de la cadera.



Figura 7

¿Cambia la conducta esta nueva situación?. ¿Se encuentra contaminada toda la pelvis con el tumor?

¿Cuál sería el paso a seguir?

Al paciente se le practicó un abordaje combinado al acetábulo, con una vía ilio-inguinal con extensión isquiática para practicar una resección del ísquion, el trasfondo acetabular, se manejó, con resección, curetaje y fenolización de los bordes, y reconstrucción con auto injerto de ilíaco y osteosíntesis, además de un abordaje posterior para colocar otro injerto para la columna posterior con osteosíntesis

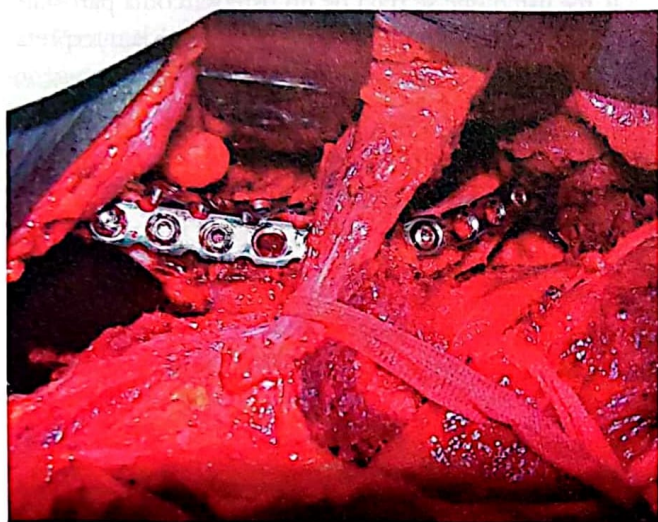


Figura 9. Osteosíntesis terminada con placas superior e interna para sostén del injerto central



Figura 10. Reconstrucción acetabular izquierda, con injerto tricortical, y osteosíntesis, y resección pélvica del ramo isquiopúbico y tuberosidad isquiática, resección tipo III de uno de los ramos. Reducción adecuada de la luxación, y reconstrucción de la columna posterior.

Discusión:

Condroblastoma o tumor de Codman:

En 1928 descrito por Ewing como tumor de células gigantes calcificante. Codman, ortopedista del Mass General Hospital en Boston, lo definió como un tumor de células gigantes epifisario y condromatoso.

En 1942 Jaffe y Lichtenstein lo definieron como una entidad tumoral con características propias dándole el nombre de condroblastoma.

Por definición es un tumor benigno caracterizado por proliferación de células cartilaginosas inmaduras, con focos de formación de matriz cartilaginosa, que generalmente ocurren en las epífisis y preferencialmente en individuos esqueléticamente inmaduros, es un tumor poco frecuente, presenta algo de predominancia masculina, y se presenta en 50% en pacientes en crecimiento, el resto en adultos jóvenes, y sólo en muy pocos casos han sido descritos, en viejos. Compromete típicamente las epífisis de huesos tubulares largos, siendo la rodilla el área más afectada, le siguen el húmero y fémur proximales, también compromete los huesos planos en sus áreas de equivalencia epifisaria, y la pelvis es el área predilecta, luego están escápula, costillas y huesos del tarso.

Raros son los casos en que esta entidad se desarrolla de manera sincrónica, y se presenta aislada en los tejidos blandos. La clínica es de dolor asociado a limitación funcional de la articulación afectada, la fractura patológica asociada es rara, pero indica una agresividad alta. Radiográficamente se presenta como una lesión típicamente lítica, pero más central que el tumor de células gigantes, puede tener esclerosis, y calcificaciones en el interior, puede presentar áreas de expansión asociadas a componente de quiste óseo aneurismático, sobre todo en los huesos del tarso.

El tumor típicamente consiste en material amarillento rojizo, con áreas de hemorragia, calcificación o necrosis, lo cual puede ser confuso al interpretar la biopsia por congelación. La histología es representada por su célula clásica, el condroblasto, célula poligonal con citoplasma rosado, y en un estroma condroide con células gigantes y componentes mononucleares, y con patrón de calcificación del cartílago, que puede ir desde una fuerte calcificación, hasta el patrón

clásico de enmallado de pollos o panal de abejas, que parece enlazar y conectar todos los condroblastos.

Parece que el origen de este tumor estaría en las células de la placa de crecimiento; sin embargo, este tumor muestra una mala diferenciación a condrocitos, y en inmunohistoquímica, los marcadores, muestran positividad para s100, colágeno II. Enolasa específica neural, colágeno IV y actina, lo cual le da una connotación, de alguna diferenciación muscular.

La evolución de este tumor es hacia el crecimiento y la destrucción articular. Se han descrito infiltraciones metastásicas pulmonares, de características benignas. El tratamiento es principalmente quirúrgico con resección amplia o marginal, cuando es posible. La mayoría de los casos se trata con curetaje, resección intralesional, asociada con adyuvancia quirúrgica como fresado de alta velocidad, y/o fenolización, de las paredes y llenado por elementos que protejan o reformen el hueso subcondral, y permitan diagnosticar una recurrencia cuando se estuviera iniciando y sus síntomas fueran muy pocos.

Se debe colocar osteosíntesis de apoyo cuando fuera necesario, para evitar un colapso del sistema de reconstrucción. La recurrencia es alta, pero creo puede más tratarse de casos de resecciones incompletas, por mala exposición o abordajes mal indicados como reseca una lesión de la epífisis femoral proximal a través de una ventana en el trocánter mayor.

No se deben irradiar, y la quimioterapia no tiene ninguna indicación, pues aún las lesiones pulmonares "de existir" se manejan con cirugía de resección de las mismas.

Bibliografía:

1. Lichtenstein L.: *Bone Tumors*. CV. Mosby Co. S. Louis 1972
2. Coombs R and Friedlaender G.: *Bone Tumours Management*. Butterworths. Londres 1987.
3. Schajovicz F.: *Tumores y lesiones pseudotumorales de huesos y articulaciones*. Ed. Panamericana Buenos Aires. 1982.
4. Sugarbaker PH, Malawer MM.: *Musculoskeletal Surgery for Cancer*. Thieme Medical Publishers. New York 1992.