

CONDROSARCOMAS DE BAJO GRADO ¿EXISTE LA RECIDIVA LOCAL Y A DISTANCIA?

DAVID MEDINA GONZÁLEZ, LYDIA MEDIAVILLA SANTOS, JOSE ANTONIO CALVO HARO, RUBEN PÉREZ MAÑANES, MIGUEL CUERVO DEHESA

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN. MADRID

OBJETIVOS

Estudiar la tasa de recidiva y aparición de metástasis a distancia en pacientes diagnosticados de condrosarcoma de bajo grado (CSBG) en un centro de referencia desde el 2011 al 2020

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Se presenta un estudio observacional retrospectivo en el cual se incluye a 34 pacientes con diagnóstico de Condrosarcoma de Bajo Grado y que han sido intervenidos realizándose una resección intralesional en un centro referencia en sarcomas y otros tumores musculoesqueléticos durante un periodo de 10 años.

Tabla 1

Sexo (n)	Edad (M ± DE)
H (n: 21)	58 ± 4,6
M (n: 13)	59 ± 5,8

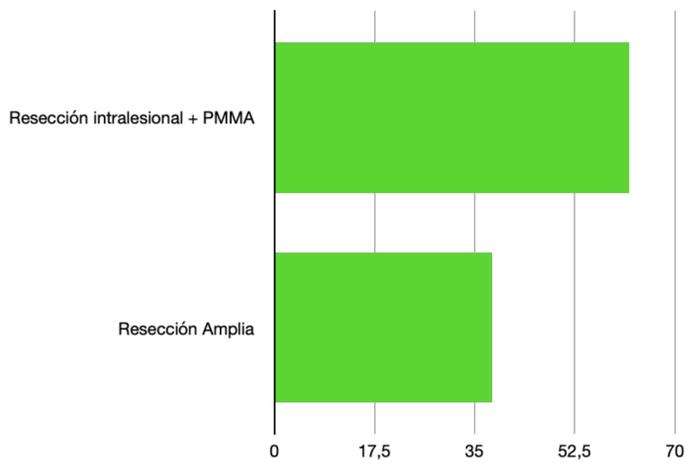


Figura 1. Porcentaje tipo de cirugía de CSBG

El condrosarcoma es el segundo tumor maligno más frecuente después del osteosarcoma, presentando varios grados de diferenciación, el Grado 1 es el más frecuente y el que mejor pronóstico presenta. El condrosarcoma de bajo grado es un tumor de crecimiento lento, siendo excepcionales las metástasis.

La mayoría de los tumores de estirpe condral asientan en huesos largos: fémur distal, tibia proximal y fémur proximal. Mención especial merecen los de localización pélvica por el grado de complejidad quirúrgica que presentan y una mayor tendencia a la malignización.

El grado histológico es el indicador más importante sobre su pronóstico. Son resistentes a la radioterapia y a la quimioterapia, por lo que el tratamiento es eminentemente quirúrgico.

En el caso del condrosarcoma de bajo grado una resección intralesional con adyuvancia (PMMA (Polimetilmetacrilato), electrocauterización, fenol...) es suficiente para conseguir una tasa de recidiva local aceptable. En el caso de condrosarcomas grado 2-3 es necesario realizar una resección amplia con bordes libres de tumor.

● EEII ● EESS ● Costillas ● Pelvis ● Columna vertebral

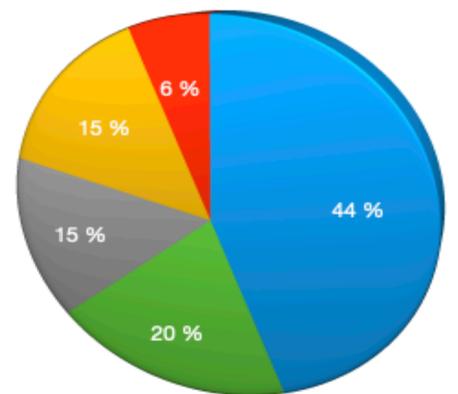


Figura 2. Porcentaje de localización de CSBG

RESULTADOS

Nuestro estudio presenta una recidiva local en 2 de los 34 pacientes. Los dos pacientes presentaban la lesión en la pelvis y fueron tratados con hemipelvectomias que presentaron buena evolución de la herida y sin complicaciones reseñables.

La tasa de recurrencia local a los 10 años es del 20% en otras series, en cambio en nuestro estudio presenta una recidiva local de un 5 % tras realizar resección intralesional con adyuvancia y sin aparición de metástasis a distancia.

Variables: datos demográficos (Tabla 1), tipo de cirugía (Figura 1), localización (Figura 2), tasa de malignización (6% de Grado 1 a Grado 2), supervivencia global (92%) y supervivencia libre de enfermedad (Tabla 2) y (Figura 3)

Tabla 2

Sexo	Supervivencia media libre de enfermedad (años)
H	4,6
M	5,8

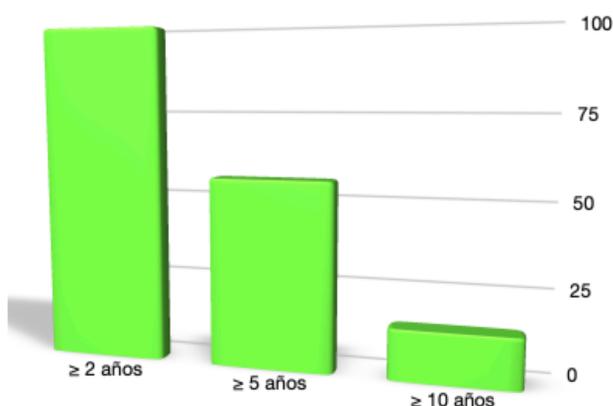


Figura 3. Porcentaje de supervivencia libre de enfermedad

CONCLUSIONES

La resección intralesional asociada a adyuvancia con PMMA con amplios márgenes presenta una tasa de recidiva muy baja siendo predominante en la región de la pelvis, que precisaron de una segunda intervención.