

¿Te parece benigno?. Reconstruccion con aloprótesis en osteosarcoma secundario a displasia fibrosa cortical.

AUTORES: GREGORIO VALERO CIFUENTES, ALONSO ESCUDERO MARTÍNEZ, ANTONIO ONDOÑO NAVARRO, ANTONIO VALCÁRCEL DÍAZ, JOSÉ PABLO PUERTAS GARCÍA-SANDOVAL.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. MURCIA

OBJETIVOS

Presentar el caso clínico de un paciente de 32 años diagnosticado de osteosarcoma osteoblástico de tibia proximal secundario a displasia fibrosa cortical que fue tratado con quimioterapia y megaprótesis tumoral asociada a aloinjerto de tibia proximal. A través de este caso queremos recordar la posibilidad de malignización de ciertas lesiones benignas óseas y la importancia del manejo multidisciplinar en los casos complejos, especialmente en caso de tumores óseos malignos, cuyo tratamiento requiere la experiencia de numerosos equipos médicos y quirúrgicos que comparten un mismo objetivo, la curación del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente varón de 32 años que acudió a nuestra consulta refiriendo dolor progresivo en zona proximal de tibia derecha de meses de evolución. Como único antecedente de interés, destacó la presencia de displasia fibrosa cortical en la misma zona, que fue tratada con curetaje de la lesión y relleno con aloinjerto en 2011. Tras pruebas complementarias pertinentes, se diagnosticó de osteosarcoma osteoblástico. Se realizó resección en bloque de 8 cm de la tibia proximal, se trabajó sobre aloinjerto de tibia proximal y se implantó megaprótesis tumoral cementada de fémur. En segundo tiempo se realizó colgajo de gemelo medial e injerto de piel libre.

RESULTADOS

La anatomía patológica de la muestra confirmó osteosarcoma osteoblástico con área de necrosis del 70%. Tras la cicatrización de la herida se completaron ciclos de quimioterapia adyuvante con cisplatino y adriamicina. Tres meses tras la intervención el paciente presentaba limitación de la flexión, por lo que se realizó movilización bajo anestesia recomendada por médico rehabilitador. Tras más de dos años de seguimiento, y una vez completado el tratamiento quimioterápico adyuvante, el paciente se encuentra libre de enfermedad, con balance articular 0-70º, es independiente para las actividades de la vida diaria. Continúa en seguimiento por oncología médica, traumatología y rehabilitación

CONCLUSIÓN

La DF se presenta en la radiografía simple como una lesión con patrón geográfico con zona de transición habitualmente estrecha, pudiendo presentar márgenes esclerosos que pueden ser incompletos.

Aunque la transformacioón maligna de la DF es infrecuente (<1% de los casos), debe ser considerada en el seguimiento de los pacientes, especialmente en formas poliestóticas. La degeneración maligna es hacia osteosarcomas, fibrosarcomas o condrosarcomas, siendo su localización más frecuente la región craneofacial, fémur, tibia y pelvis.

Existen casos como el que presentamos, en que la resección de la zona afecta sin su correspondiente reconstrucción resultaría muy invalidante. Es por ello por lo que en estos casos nos planteamos la colocación de una megaprótesis tumoral sobre el injerto previamente colocado.

En el manejo de los casos complejos que nos brinda la medicina en nuestra práctica clínica habitual, es fundamental el abordaje multidisciplinar y el trabajo en equipo para conseguir nuestros objetivos a corto y largo plazo. El éxito de este caso radica en cada una de las etapas, pruebas o tratamientos que, de forma consensuada, pudimos poner al alcance de nuestro paciente. Por otro lado, no se debe olvidar que el manejo diagnóstico y terapéutico no es lo único importante en las enfermedades oncológicas, especialmente a la hora de abordar los tumores del sistema musculo-esquelético. Los pacientes y sus familias deben sentir que todos trabajamos en la misma dirección, y aún siendo realistas, podemos obtener un gran resultado: sobrevivir al osteosarcoma.

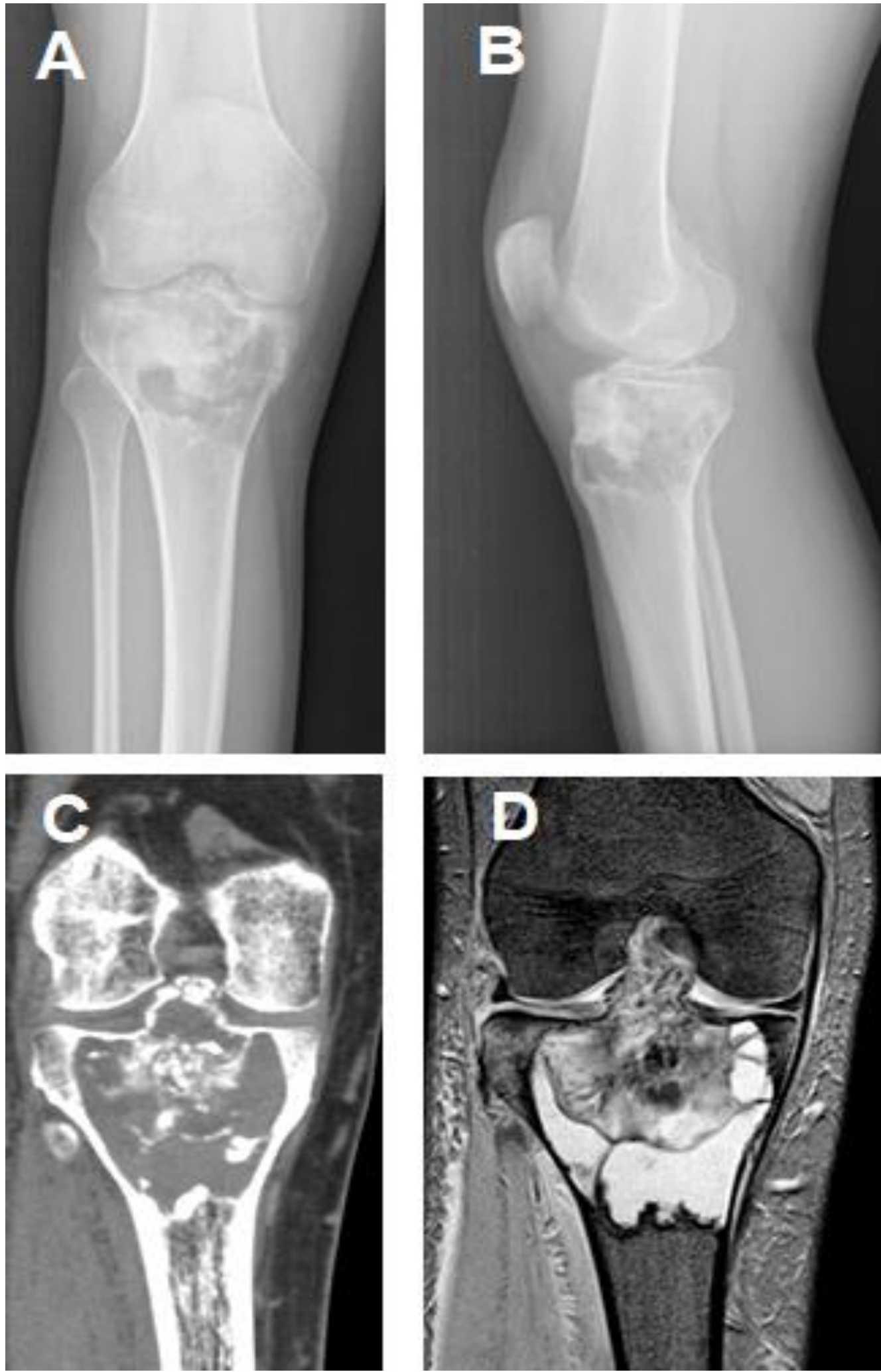


Figura 1. A y B: radiografía que muestra lesion lítica en tibia proximal. C: TC con imagen metafisaria lítica. D: RMN lesión quística y masa partes blandas

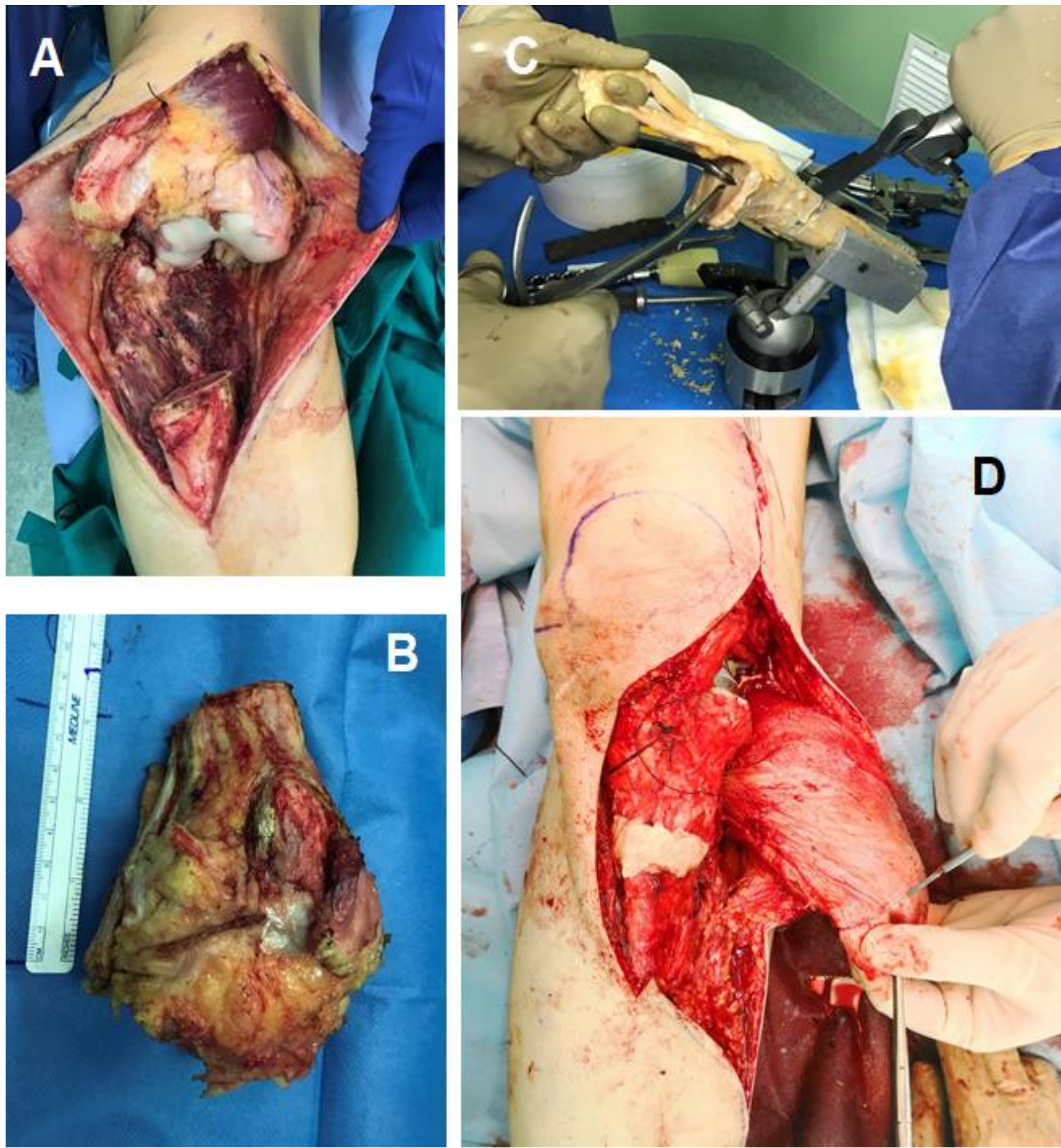


Figura 2. Imágenes intraopertarias. A y B: Resección en bloque de tumoración ósea con márgenes amplios. C: Preparación aloinjerto. D: Reconstrucción.



Figura 3. Imágenes tras reconstrucción con aloprótesis tumoral. A: Control postoperatorio inmediato de rodilla. B Mensuración de miembros con normoeje