

PRÓTESIS TUMORAL “A MEDIDA” EN PACIENTE CON CONDROSARCOMA DE PELVIS

Patricia Rodríguez Zamorano, Isabel María Rojo Rodríguez, Elena Manrique Gamo, Roberto Carlos García Maroto, Juan Luis Cebrián Parra. Unidad de Oncología Musculoesquelética (CSUR). Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario Clínico San Carlos de Madrid.

INTRODUCCIÓN

La **restauración *ad integrum*** es un objetivo cada vez más presente en las unidades de Sarcomas que está cada vez más cerca de ser una realidad con la llegada de la **cirugía customizada y las prótesis personalizables**, permitiendo **devolver al paciente la anatomía perdida y recuperar su funcionalidad**.

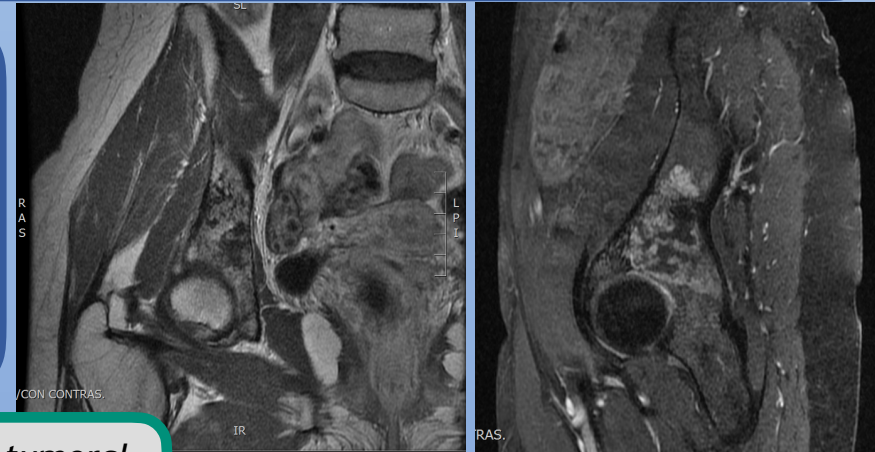
OBJETIVO

Presentar el caso de una paciente intervenida mediante **exéresis amplia de condrosarcoma de pelvis y reconstrucción mediante megaprótesis tumoral anatómica a medida**.

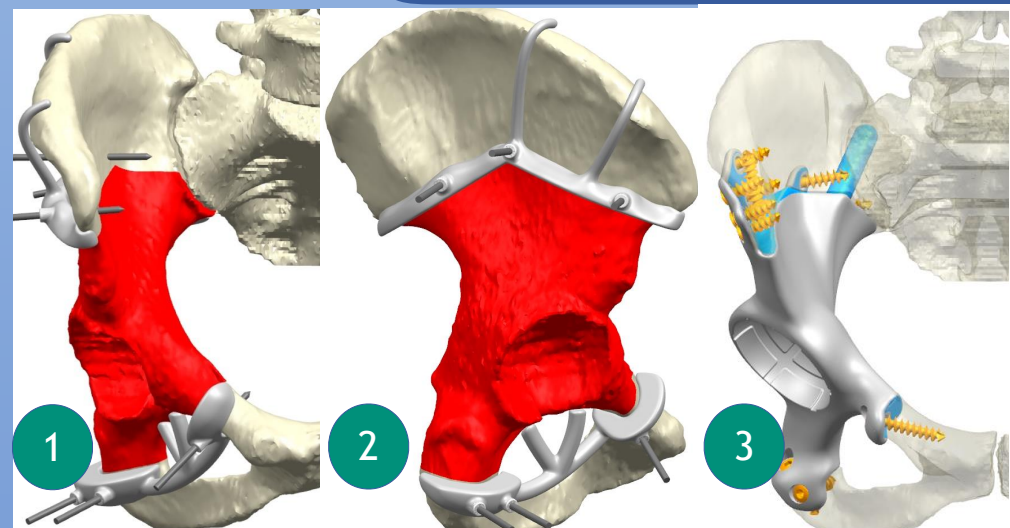
MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 36 años, profesional olímpica de Hockey, con diagnóstico de **condrosarcoma de pelvis de alto grado**. Presenta una lesión tumoral contenida en hemiplevis derecha sin enfermedad a distancia

Se presenta el caso en comité multidisciplinar y se decide su exéresis amplia. Sobre el TAC preoperatorio se planifican los límites de la lesión y márgenes de la resección para solicitar **megaprótesis tumoral Custom Link® anatómica en Alemania, obtenida mediante impresión 3D**.



Lesión tumoral.



1,2. Planificación preoperatoria de la pieza de resección con las guías de corte proximal y distal. 3. Presentación virtual de la prótesis customizada a partir del TAC preoperatorio.

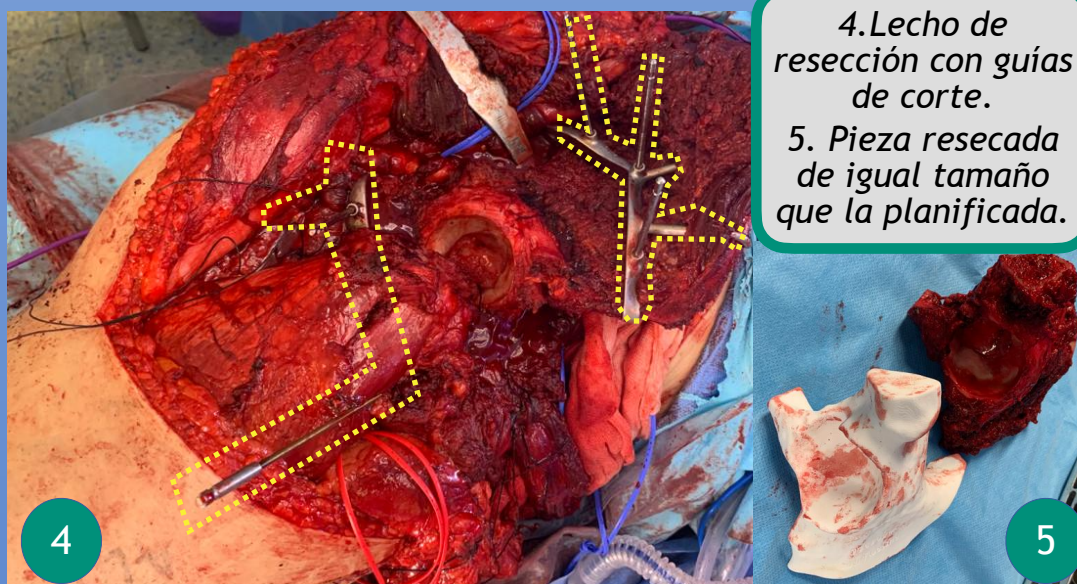
RESULTADOS

Bajo anestesia general y decúbito prono-lateral, se realiza abordaje lateral directo de cadera ampliado hasta alcanzar márgenes de referencia para la resección, vigilando integridad del nervio ciático y de los órganos abdominales, protegidos por el músculo iliaco independizado durante el abordaje. **Se colocan guías de corte, proximal y distal, impresas en 3D para resección con margen de seguridad en el lugar exacto previamente planificado con el TAC preoperatorio.**

Tras la resección, se implanta **prótesis tumoral siguiendo un mapa de instrucciones con el orden y numeración de cada tornillo medidos preoperatoriamente para su colocación secuenciada**. Se implanta cotilo de doble movilidad cementado, de tamaño preestablecido, orientado intraoperatoriamente por sus cirujanos y el vástago femoral según técnica habitual. **Se realiza cierre por cirugía plástica, reforzando pared inguinal con malla y cobertura muscular mediante colgajo miocutáneo de recto abdominal vertical.**

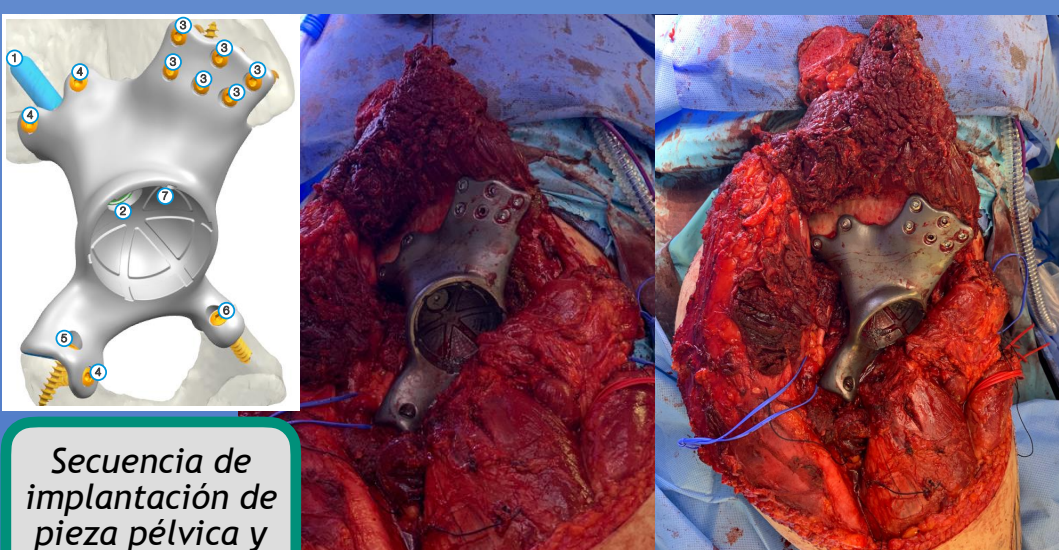
La paciente comienza la deambulacion en el ingreso con **ortesis de cadera articulada bloqueada a 15° de abducción**. Los márgenes quirúrgicos fueron libres.

La funcionalidad al año según la **escala MST93** fue del 70%.



4. Lecho de resección con guías de corte.

5. Pieza resecada de igual tamaño que la planificada.



Secuencia de implantación de pieza pélvica y resultado final.

CONCLUSIONES

El uso de megaprótesis personalizables supone un **gran avance en la cirugía reconstructiva ortopédica**, pudiendo disminuir el tiempo intraoperatorio, complicaciones, ingreso y mejorar la funcionalidad. Es primordial la adecuada **selección de los pacientes, la cooperación interprofesional y la comunicación entre el cirujano ortopédico y el diseñador del implante**.

C O N G R E S O
secOT58

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA