

OSTEOSARCOMA SILENCIOSO Y SU CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA

INTRODUCCIÓN

El **osteosarcoma de superficie** es de grado intermedio y el 80% se localiza en la rodilla. Su diagnóstico puede ser tardío por su **evolución larvada**.

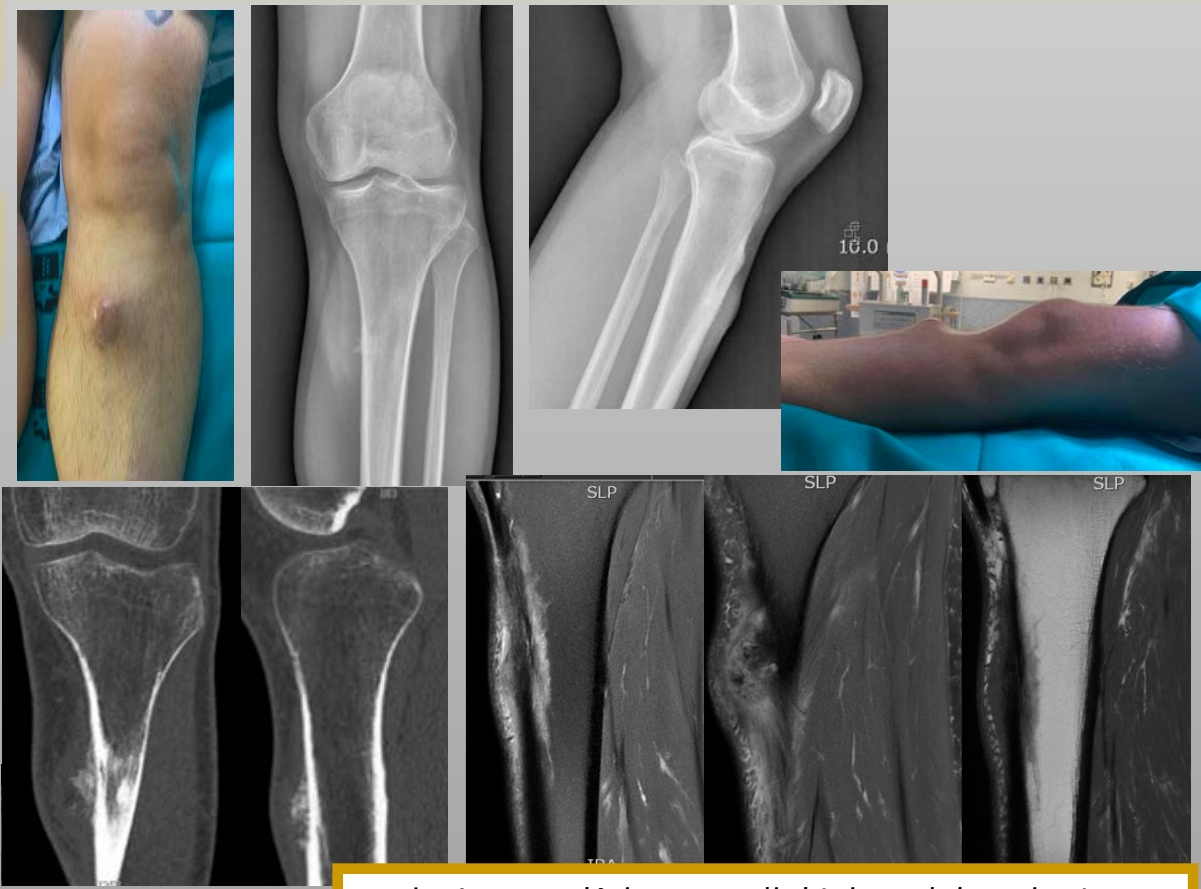
OBJETIVO

Presentar el caso de un paciente con tumoración musculoesquelética, describiendo su **cirugía reconstructiva**.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 46 años que consulta por tumoración de partes blandas indolora, dura, de unos 10 x15 cm y adherida a planos profundos de **2-3 meses de evolución sin traumatismos** ni otros antecedentes. En la radiografía se observa una masa de partes blandas adherida a la superficie tibial anterior, compatible con callo de fractura de estrés en la RMN; realizándose una biopsia abierta que confirma dicho diagnóstico. Durante el seguimiento estrecho en consultas se objetiva **crecimiento significativo con engrosamiento de las corticales óseas de tibia proximal en la radiografía**. Ante la sospecha clínica de osteosarcoma, se decide tratamiento quirúrgico.

Patricia Rodríguez Zamorano, Ana Garrido Hidalgo, 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.



Imágenes clínicas y radiológicas del paciente.

RESULTADOS

Se realiza **exéresis amplia y extraarticular de la lesión**: piel, masa de partes blandas y 13cm tibia proximal; pudiendo preservar la metáfisis tibial, TTA y la superficie articular.

En conjunto con cirugía plástica se obtiene **colgajo de peroné vascularizado** que se tuneliza a través del músculo tibial posterior para aposicionarlo al defecto y mantener el pedículo vascular en su origen. Se realiza **tallado en sarcófago de aloinjerto de fémur de 11cm** y mediante **técnica de Hemi-Capanna** se introduce el peroné vascularizado en dicho aloinjerto, **fijando ambos extremos del montaje con tornillos de compresión**. Los extremos del peroné (1cm a cada lado que sobresalen del aloinjerto) se introducen en **cajetines de la tibia del paciente** y con una **placa de grandes fragmentos** por medial se realiza el ensamblaje final. Se cubren partes blandas mediante **colgajo de gemelo medial y autoinjerto cutáneo**.

La AP es compatible con **osteosarcoma de superficie de grado intermedio-alto** con márgenes libres y se decide tratamiento adyuvante con **quimioterapia**.

El paciente está libre de enfermedad, deambula con una ayuda técnica tras **4 meses de descarga** y **balance articular de rodilla y tobillo conservado**.

CONCLUSIONES

El **diagnóstico anatomopatológico** del osteosarcoma de superficie puede resultar **difícil** y la **recidiva local es el factor pronóstico más importante**.

Es importante hacer una **resección amplia**, intentando preservar la funcionalidad e integridad de las estructuras gracias al **abordaje ortoplastico y multidisciplinar**.

A y B: Planificación de pieza de resección y de la cirugía reconstructiva.
C y D: pieza de resección y su radiografía intraoperatoria

