

PRESENTACIÓN DE CASOS

Injerto autólogo en un tumor de células gigantes de la rodilla

*OSCAR VARAONA, *DANIEL E. VAINERAS, *LUCIANO A. DELLA ROSA,
*JUAN A. PARODI y **EDUARDO SANTINI ARAUJO

*Hospital Interzonal "Eva Perón", San Martín, Buenos Aires y **Laboratorio de Patología Osteoarticular

Caso clínico

Una paciente de 48 años consulta en febrero de 2002 por una tumoración en el tercio proximal de la pierna izquierda.

En las radiografías se observa una imagen osteolítica, excéntrica, que compromete el platillo tibial interno e invade la carilla articular, de bordes poco definidos y que se expande a las corticales (Fig. 1A y B).

Se realiza una biopsia por punción con aguja Jamshidi®, con diagnóstico de tumor de células gigantes (Protocolo 054.124).

Se practican los estudios habituales preoperatorios, tomografía computarizada (TC) de tórax y centellograma óseo corporal total con tecnecio 99.

Se efectúa la cirugía con técnica de Lee: resección, incluyendo meniscectomía interna más injerto corticoesponjoso de ambas crestas ilíacas más osteosíntesis con placa doble acodada más plástica del ligamento lateral interno con tendones de la pata de ganso (Fig. 2).

Se inmoviliza con bota larga de yeso durante 60 días, tras los cuales se pasa a una férula.

En la actualidad no hay recidiva y funcionalmente presenta una rodilla estable con extensión completa, 80° de flexión activa, estabilidad lateral y bostezo interno negativo (Fig. 3A y B).



Figura 1 A. Radiografía de frente de la rodilla izquierda. Nótese la imagen osteolítica en la epífisis tibial con invasión de la carilla articular.

Recibido el 3-6-2004. Aceptado luego de la evaluación el 8-6-2004.

Correspondencia:

Dr. DANIEL E. VAINERAS

Arcos 1860

(1428) - Buenos Aires

Tel.: 4781-5654

E-mail: dvaineras@intramed.net.ar



Figura 1 B. Radiografía de perfil de la rodilla izquierda.



Figura 2. Radiografía posoperatoria inmediata.



Figura 3 A. Radiografía de frente (6 meses de evolución). Se observa la incorporación del injerto de cresta ilíaca.



Figura 3 B. Radiografía de perfil.

Discusión

El tumor de células gigantes representa casi el 9% de los tumores óseos y el 16% de los tumores óseos malignos, con una incidencia de 89% en su localización en la tibia proximal.^{1,5}

Su gran agresividad local, la posibilidad de desarrollar metástasis pulmonares y el amplio índice de recidivas plantean la necesidad de tratamientos quirúrgicos agresivos.³

Los tratamientos convencionales: curetaje, fenolización, injerto de esponjosa, colocación de metilmetacrilato, no son posibles en casos de mayor agresividad como

el analizado, ya que la invasión de las partes blandas, así como de la articulación no presenta, después de la resección, un defecto cavitario para ser rellenado.

En estos casos es necesario acudir a injertos estructurales:² peroné vascularizado, hueso de banco de donante cadavérico,⁴ etc.

Dadas las características anatómicas del platillo tibial consideramos la tabla interna de la cresta ilíaca para su reconstrucción, utilizando corticoesponjosa como arbotantes de fuerza para soportar la carga de peso, suplementado con una osteosíntesis con placa doble acodada y tornillos de cortical de 4,5 mm de diámetro.

Referencias bibliográficas

1. **Dahlin DC, Unni KK.** Giant cell tumor (osteoclastoma). In: *Bone tumors, general aspects and data on 8, 542 cases*. Springfield: Charles C Thomas; 1986.pp.120-121.
2. **Enneking WF, Eady IL, Burchardt H.** Autogenous cortical bone grafts in the reconstruction of segmental skeletal defects. *J Bone Joint Surg Am*;62(7):1039-1058;1980.
3. **Landa F, Urpi J.** Tumor de células gigantes en la cabeza femoral. *Rev Asoc Argent Ortop Traumatol*;68(3):204-206;2003.
4. **Muscolo DL, Aponte Tinao LA, Calabrese M y col.** Tumor de células gigantes de rodilla. *Rev Asoc Argent Ortop Traumatol*;66(3):174-178;2001.
5. **Schajowicz F.** *Tumores y lesiones seudotumorales de huesos y articulaciones*. 1ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1991.pp.215-246.