

## Adamantinoma multifocal en la cabeza femoral

Dres. MARCOS WAISSMANN, HECTOR GALLARDO, ARIEL F. WAISSMANN\*

En enero de 1991 nos consulta una señora de 55 años de edad, por dolor en cadera izquierda de siete meses de evolución, habiendo sido tratada al comienzo como una algia inespecífica, pero ante la persistencia de la sintomatología le solicitan estudios por imágenes y, en base a éstos, le efectúan en octubre de 1990 punción biopsia de la cabeza femoral, siendo el informe anatomopatológico del Dr. Gallardo: "metástasis de carcinoma indiferenciado".

Por dicho motivo fue exhaustivamente investigada buscando el tumor primitivo sin resultado positivo, por lo cual, basándose en la anatomía patológica, iba a comenzar con tratamiento oncológico e irradiación.

El dolor no era permanente ni nocturno, comenzaba al iniciar la marcha para luego aliviarse y desaparecía con el reposo, manteniendo las mismas características y nivel de intensidad desde su inicio.

El examen clínico mostró una buena movilidad de la cadera, con dolor solamente en las posiciones extremas, no existiendo atrofia muscular ni signos neurológicos.

La documentación que traía era la siguiente:

- Radiografías (10/7/90), mostrando imágenes quísticas en el techo cotiloideo y en el polo superointerno de la cabeza femoral izquierda, con conservación de la luz articular (Fig. 1).
- Centellograma óseo corporal (10/9/90), revelando hipercaptación en techo del cotilo y cabeza femoral izquierda.
- TAC (24/9/90), confirmando imágenes quís-

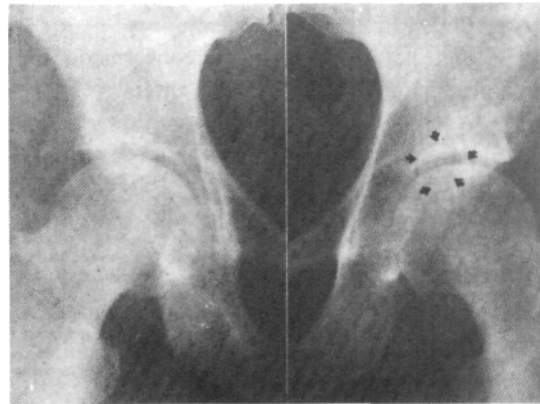


Fig. 1. Radiografía de frente (10/7/90). Imagen quística en el techo cotiloideo izquierdo (enmarcada por las tres flechas superiores) y otra en el polo superointerno de la cabeza femoral (indicada por las flechas inferiores), que se superpone con la del cotilo y crea una duda sobre su existencia. La luz articular coxofemoral está conservada.

tic "en beso" del techo cotiloideo y cabeza femoral izquierda, las que se muestran bien delimitadas y rodeadas por un halo de hiperdensidad (Fig. 2).

- Estudios de laboratorio normales.
- Examen anatomopatológico: "metástasis de carcinoma indiferenciado" (sólo le realizaron punción de la cabeza femoral).

Se actualizan los estudios con el siguiente resultado:

- Radiografías (14/1/91): siguen mostrando las imágenes ya descritas sin modificaciones, pero se observa un área de osteopenia en el polo inferior de la cabeza femoral que, al rever las placas anteriores, ya existía en forma menos definida (Fig. 3).

- TAC (20/2/91); revela imágenes quísticas en

\* Servicio de Ortopedia y Traumatología, Hospital Francés, La Rioja 951, Buenos Aires.

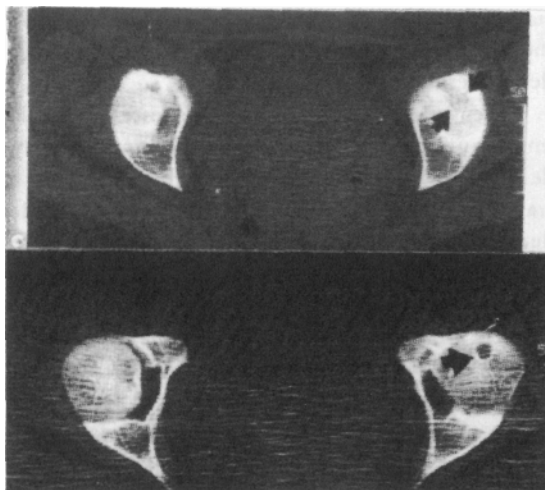


Fig. 2. TAC (24/9/90). *Arriba*: corte a nivel del techo cotiloideo. Imagen quística (flechas) en el lado izquierdo, bien delimitada por un halo hiperdenso. *Abajo* -: corte a nivel del polo superior de la cabeza femoral. Imagen quística en lado izquierdo (flecha) bien circunscrita y rodeada por halo hiperdenso.



Fig. 3. Radiografía de frente (14/1/91). Muestra las mismas imágenes quísticas en techo cotiloideo y polo superior de la cabeza femoral que se veían en la placa del 10/7/90 (flechas superiores). Llama la atención un área de osteopenia en el polo inferior de la cabeza femoral (flecha inferior).

cotilo y polo superior de la cabeza femoral, con idénticas características al estudio anterior, agregándose otra "imagen quística" ubicada en el polo inferior de la cabeza (Fig. 4) (importante: en la TAC primitiva los cortes no llegaban a esta zona).  
- Laboratorio: continuaba siendo normal.

De acuerdo con la evolución del cuadro clínico, cuatro cosas llamaron la atención en una persona que no había recibido ningún tratamiento, y eran:

1) Su buen estado general a pesar de su pésimo estado psíquico.

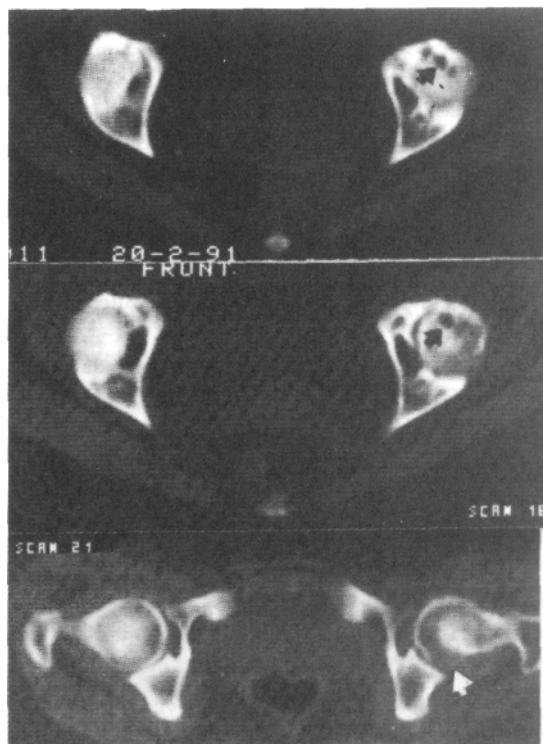


Fig. 4. TAC (20/2/91). *Arriba* y en el *centro*: dos cortes cada 3 mm del polo superior de la cabeza femoral. Se mantiene la imagen quística (flechas) igual al estudio del 24/9/90. *Abajo*: corte por el polo inferior de la cabeza femoral. Muestra una imagen quística (flecha) en el lado izquierdo.

2) Que la sintomatología se mantenía estable en el lapso transcurrido desde su inicio.

3) Que tenía una buena movilidad de la cadera, con poco dolor.

4) Que las imágenes de las radiografías y la TAC prácticamente no se habían modificado.

Este conjunto de hechos hizo "dudar del diagnóstico", pues no coincidía con la evolución de una "metástasis virgen de tratamiento".

Ante tal situación se tomó contacto con el Dr. Gallardo y se revió el taco, no existiendo dudas de que correspondía a una "metástasis de carcinoma indiferenciado". Se investigaron entonces todos los pasos seguidos por el material desde la realización de la punción hasta la llegada al laboratorio, y no se encontró equivocación alguna.

En junta médica realizada con el clínico, el oncólogo y el patólogo, se acordó que la evolución del cuadro clínico no coincidía con el de una "metástasis de carcinoma", y ante tal eventualidad,

y no existiendo otra lesión demostrable en el resto del cuerpo, se decidió efectuar un reemplazo total de cadera, situación que se le planteó a la paciente y aceptó.

Operada en marzo de 1991, además de la resección de la cabeza femoral, se efectuó el cureteado de la lesión quística del techo cotiloideo.

El corte de la cabeza femoral mostró las "dos lesiones" en la ubicación señalada por la TAC y el informe anatomopatológico fue el siguiente:

- La lesión del **cotilo**: "quiste mucoide artrotrófico".

- **La lesión de la cabeza femoral**: "adamantinoma multifocal".

La confusión del examen anatomopatológico se debe atribuir a que el "adamantinoma" es histoló-

gicamente indistinguible de una "metástasis de tumor epitelial", e incluso con las técnicas de inmunoperoxidasa da positividad para la técnica de citokeratina.

La enseñanza práctica que deja este caso es la importancia de la evaluación clínica minuciosa y de la observación de los estudios por imágenes a través del tiempo, que orientan en la toma de decisiones definitivas de gran trascendencia, como sucedió con esta paciente, ya que el adamantinoma es un tumor maligno de bajo grado, de crecimiento lento y altamente recidivante, que habitualmente da metástasis después de varios años. La malignidad generalmente es local, por lo cual el tratamiento quirúrgico con resección oncológica precoz (como en este caso) asegura una cura radical.