

Osteosarcoma de fémur. Transporte óseo

Dr. PABLO CARRILERO*

Paciente F.V., de 19 años, sexo masculino, que consulta en febrero de 1992 por gonalgia derecha de varios días de evolución sin antecedentes clínicos ni traumáticos de importancia.

Al examen físico presentaba tumoración en cara externa de rodilla derecha y limitación dolorosa de los arcos de movilidad. Los estudios por imágenes mostraban una imagen lítica, excéntrica, metafisioepifisaria, que comprometía las corticales e infiltraba las partes blandas, respetando la superficie articular (Figura 1).

Los estudios de laboratorio arrojaron valores normales. La centellografía ósea corporal total sólo mostraba compromiso a nivel de la rodilla derecha y las radiografías y la tomografía axial computada de tórax eran normales. La punción biopsia reveló proliferación trabecular de tejido óseo tumoral; se diagnosticó osteosarcoma osteoblástico.

El paciente realizó quimioterapia neoadyuvante, y en abril del mismo año se efectuó la resección tumoral y la colocación de una endoprótesis no convencional (Figura 2).

El estudio de la masa tumoral reveló buena respuesta a la quimioterapia, completando el tratamiento coadyuvante.

El paciente evolucionó satisfactoriamente hasta noviembre del mismo año, cuando comenzó a presentar un síndrome febril, una fístula en la herida quirúrgica con secreción purulenta, y un aumento de la eritrosedimentación y de la proteína C reactiva.

Al paciente se lo sometió a dos limpiezas quirúrgicas y antibioticoterapia, pese a lo cual no mejoró. Fue reintervenido en marzo de 1993, retirando la endoprótesis y estabilizando el miembro inferior con un fijador externo (Figura 3).

Cuatro meses después, una vez normalizado el cuadro local y humoral, se realizó una osteotomía femoral metafisaria proximal, y dos semanas más tarde se comenzó con el transporte con el fin de solucionar el defecto óseo existente, que llegó a su fin cinco meses después.

En febrero de 1994 se realizó la artrodesis y en agosto, observando una buena consolidación, se retiró el fijador externo y se lo protegió con una calza de yeso durante un mes (Figura 4).

Actualmente el paciente camina con carga total, sin dolor, con una discrepancia en la longitud de miembros inferiores de 6 cm (resuelto con un realce), y con controles tomográficos de tórax normales.

DISCUSIÓN

Moderador: Dr. FRANKLIN J. MERLO

Moderador: Hasta ahora hemos visto los antecedentes de este paciente, y me gustaría preguntar a los asistentes más jóvenes: cuál es el tratamiento a seguir con un caso como el que aquí hemos visto hasta este momento.

Residente: Considero, que lo ideal sería hacer un reemplazo del extremo distal del fémur con injerto óseo de banco, y la reinsertión de los grupos musculares con un clavo de Kuntscher acerrojado.

* Hospital de Clínicas "José de San Martín", Córdoba 2351, (1120) Capital Federal.

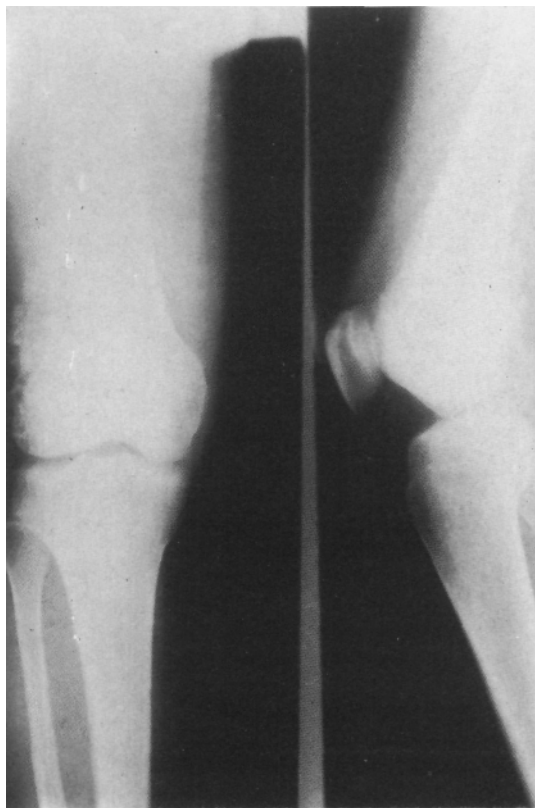


Fig. 1. Radiografía de rodilla con imagen lítica excéntrica metafisoepifisaria, con compromiso cortical.

Moderador: Al mismo residente: ¿existe la posibilidad de otro tipo de tratamiento?

Residente: Pienso que no, porque aparentemente, por lo que vimos hasta ahora, no tenía comprometidas las partes blandas.

Moderador: Me gustaría saber qué opinión tiene alguno de los jóvenes de Córdoba.

Residente: Creo que faltan pasos diagnósticos para este paciente; en primer lugar una resonancia magnética para ver hasta qué punto está involucrada la médula ósea y si hay o no metástasis saltatorias (*skip metastasis*); una vez resuelto esto, en cuanto al tratamiento, si fuese una lesión localizada, lo primero a realizar es quimioterapia coadyuvante previa a cualquier tipo de resección, lo que facilitaría el acto quirúrgico y la delimitación del tumor. De acuerdo con la respuesta a la dosis preoperatoria de quimioterapia se determinaría la conducta a seguir.

Moderador: Sigamos adelante con la presentación

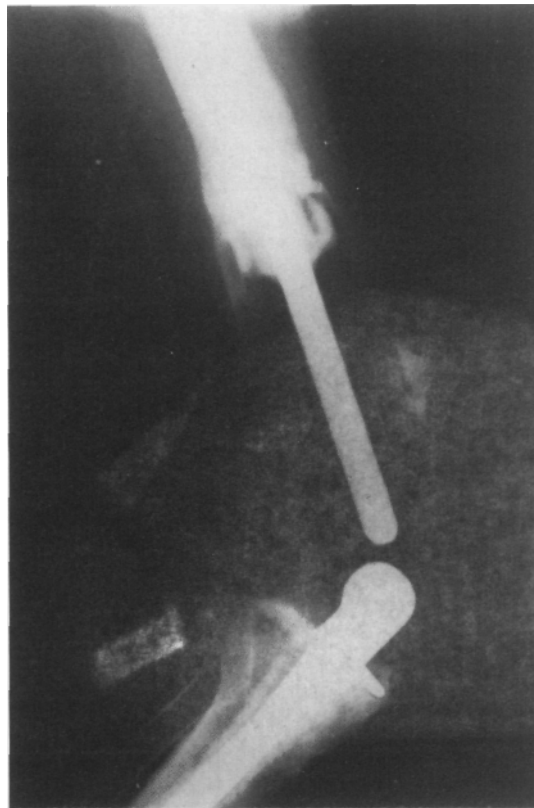


Fig. 2. Fjidoprótesis no convencional de rodilla.

del caso para, después de haber conocido estas opiniones, ver qué hizo el Dr. Carrilero en su Servicio con este paciente.

Bueno, ahora estamos en presencia de un caso con reemplazo de prótesis del extremo distal del fémur con una supuración de la herida.

Antes de seguir con el tratamiento que adoptaron en el Hospital de Clínicas, quisiera saber la opinión del residente del Hospital Español de Buenos Aires.

Residente: Viendo la evolución del paciente considero que es un candidato a la amputación.

Moderador: ¿Hay algún comentario en Rosario?

Residente: En un osteosarcoma de estas características en estadio precoz, nuestra conducta hubiera sido una reconstrucción con injerto masivo óseo, esperando un resultado biológico. Ante esta situación, con una infección luego de la artroplastia, plantearía la amputación supracondílea.

Moderador: ¿Quisieran opinar algunos de nuestros especialistas con mayor experiencia en Buenos Aires?

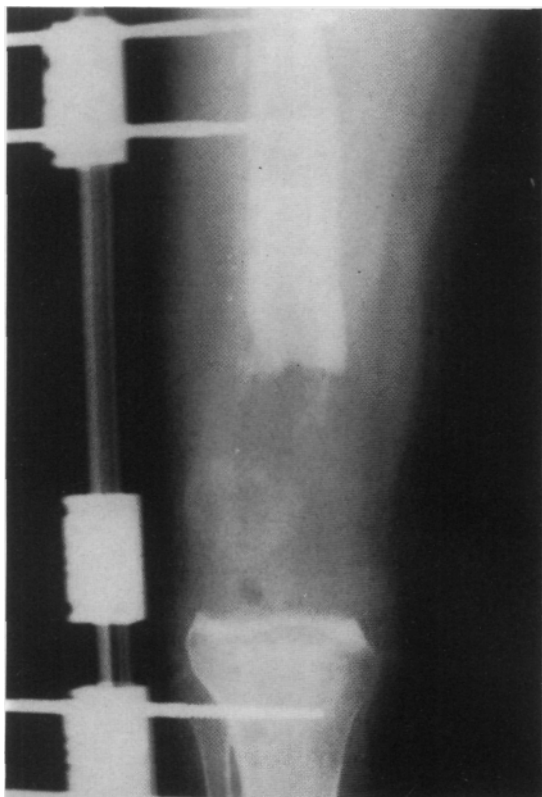


Fig. 3. Radiografía luego del retiro de la endoprótesis.



Fig. 4. Transporte óseo finalizado.

Dr. José Golijov: Coincido con el plan de amputación en estas circunstancias.

Dr. Guillermo Vásquez Ferro: En primer lugar me gustaría saber con qué criterio se le coloca una prótesis no convencional a un enfermo tan joven (20 años); esa prótesis, aunque no estuviera infectada, está destinada en pocos años al fracaso, a la ruptura. Nosotros no hemos colocado estas prótesis en gente joven, pero sí las hemos retirado al año, a los dos o a los cuatro años.

Creo que debió intentarse un tratamiento biológico, sobre todo en rodilla. En cadera una prótesis no convencional puede ser más tolerada, pero en rodilla es mejor el tratamiento biológico, conservando o no la articulación, es decir, injerto-artrodesis o injerto-articular.

En este momento hay que evaluar si además de la infección tiene algún signo de la enfermedad básica. Puede ser que esté curado del osteosarcoma y que no tenga ningún signo más que el inflamatorio infeccioso.

En este caso debemos tratarlo como una osteomielitis; retirar toda la prótesis y el cemento; tratar la infección y una vez que ésta ha curado realizar la

reconstrucción del miembro con una operación tipo Juvara o injerto masivo de banco.

Dada la edad del enfermo, si se demuestra que no hay recurrencia del osteosarcoma, siendo el miembro inferior viable, puede intentarse salvarlo mediante una limpieza quirúrgica que domine la infección y en segundo término la reconstrucción.

Moderador: ¿Alguna opinión de Córdoba?

Dr. Florencio Segura: Las estadísticas que se propusieron en la literatura mundial son similares tanto con endoprótesis no convencionales o con injertos osteoarticulares masivos. En general en pacientes jóvenes se prefiere sacrificar la movilidad de la rodilla y hacer un injerto intercalar para hacer una artrodesis.

En las condiciones de este caso, lo más conveniente sería una amputación porque cualquier procedimiento reconstructivo demandaría largo tiempo y sacrificio para el paciente. Lo que hay que plantearse es el nivel de la amputación, porque el tallo de la prótesis está muy proximal en el fémur y probablemente habrá que realizar una desarticulación en la

cadera y dejar un muñón cefálico.

Moderador: ¿Qué opinión tiene en Rosario el Dr. Girardi?

Dr. Héctor Girardi: Primero, coincido con las palabras del Dr. Vásquez Ferro, y en segundo lugar, dadas las características del tumor y del paciente hubiera preferido el tratamiento biológico. En el caso actual, en una prótesis no convencional debe actuarse igual que en las prótesis convencionales cuando están infectadas. Hay que retirarla, tratar la sepsis, y conservar la longitud del miembro con tutores. Si la infección es curada y el miembro sigue siendo viable, puede reconstruirse, en este caso con alojerto masivo.

Moderador: Bien, ahora el Dr. Carrilero continuará con la presentación, mostrándonos cuál fue el tratamiento optado en su Servicio.

Una vez visto todo el caso completo y conociendo cuál fue el tratamiento que eligieron en el Hospital de Clínicas, me gustaría oír la opinión del Dr. Canevá respecto del procedimiento utilizado.

Dr. Alberto O. Canevá: Interpreto que ésta es la conducta que hubiera adoptado personalmente, te-

niendo en cuenta la edad del paciente en el tratamiento inicial, me parece muy criterioso el hecho de realizar el transporte óseo y no injerto masivo, dado el antecedente infeccioso. El tratamiento instituido en segunda instancia es lo que hubiera realizado inicialmente.

Moderador: Damos por terminada la presentación y felicito al Dr. Carrilero por la misma, así como a la Comisión Directiva por el éxito de esta videoconferencia, y agradezco haber sido designado moderador de la misma.

Participantes en debate

Dr. Marcelo Martiarena (Policlínico San Martín de La Plata)

Dr. Hernán Martínez Oddone (Córdoba)

Dr. Trapani (Hospital Español. Buenos Aires)

Dr. Cecilio Argañaraz (Rosario)

Dr. José Golijov (Buenos Aires)

Dr. Guillermo Vásquez Ferro (Buenos Aires)

Dr. Florencio Segura (Córdoba)

Dr. Héctor Girardi (Rosario)

Dr. Alberto O. Canevá (Buenos Aires)