

Condrosarcoma. Artrodesis femorosacra

Dres. ALFREDO CZERNIECKI, JUAN COCCOCCIONI*

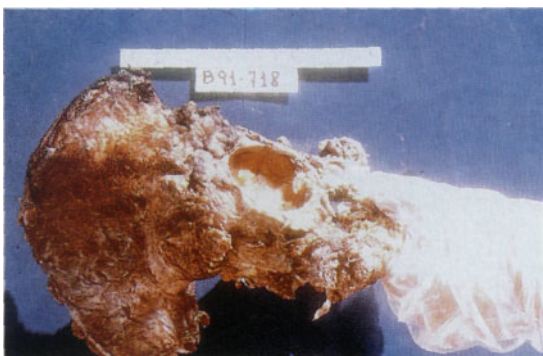


Figura 1

Mostramos una enferma que en mayo de 1991, a los 58 años, presentó un Condrosarcoma de coxal, siendo sometida a una resección intercalar con criterio oncológico.

Como el tumor había superado ambas corticales, la operación incluyó el plano muscular de los glúteos y del ilíaco (Figuras 1,2 y 3).

Basándonos en lo comunicado con anterioridad en esta Asociación por el Dr. José D. Freiré en un caso similar, se labró una cavidad en la superficie articular del sacro, donde se encajó la cabeza femoral decorticada. El conjunto se fijó con tres clavos de Leoncio Fernández, resultando aceptablemente sólido.

Se agregaron fragmentos óseos tomados del mismo sacro con pinza gubia.

En la planificación preoperatoria pensamos en una osteotomía intertrocantérica desfuncionalizante. En el acto quirúrgico resolvimos no hacerla. Temimos dejar el fragmento distal móvil en la enorme cavidad creada en contacto con el tejido graso



Figura 2

retroperitoneal que impresiona notablemente frágil.

Actualmente, cinco años después, la paciente no tiene dolor, salvo alguna lumbalgia ocasional, mal localizada, que no requiere ni de aspirina.

La cicatriz de la incisión tipo Ollier se encuentra desplazada al faltar los realces de la cresta ilíaca y del trocánter mayor (Figura 4).



Figura 3

*Laboratorio de Ensayo y Control de Materiales.
Universidad Nacional del Sur. Alem 1150. (8000) Bahía Blanca.



Figura 4



Figura 5



La posición de la artrodesis es imprecisa. Al faltar la hemipelvis es difícil valorizar la posición y movilidad reales del fémur, aun con la maniobra de Thomas. Los miembros son paralelos y ambos pies tienen una orientación simétrica en la marcha (Figura 5).

Por esta misma razón no podemos medir clínicamente el acortamiento que radiográficamente es de cinco centímetros. La enferma se niega a suplementar el calzado.

Deambula con un andador. Vive en Monte Hermoso en una calle de arena, en lo alto de un médano. Personalmente evitamos esa lomada por lo trabajoso de subirla.

Logra sentarse e incorporarse con mínima dificultad, siendo capaz de utilizar los asientos del transporte público, el inodoro y bidet (Figura 6).

No hay evidencia clínica, radiográfica o de laboratorio de metástasis.

Las radiografías de mayo de 1996 muestran mo-

Figura 6

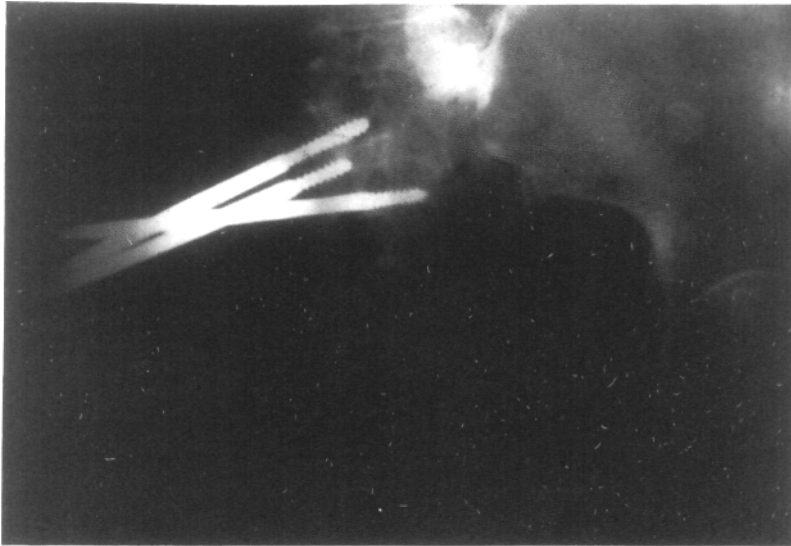


Figura 7

vilidad mínima en la zona que se intentó artrodesar (Figura 7).

En resumen presentamos un condrosarcoma de pelvis reseado con criterio oncológico, conservan-

do el miembro; una sobrevida sin metástasis de cinco años; una artrodesis fallida femorosacra, móvil pero indolora; una funcionalidad y aspecto estético muy aceptables.