

Condrolastoma epifisario de tibia (caso problema)

Dres. ENRIQUE LIBERTINI, ANA LIA VIGILE, PABLO GHIGLIAZZA*

Se presenta un paciente de 18 años de edad que consulta por Guardia el 16/10/93, con antecedentes de trauma deportivo de varios días de evolución interpretado en otra institución como tendinitis aquileana, tratado en forma conservadora.

Al examen presentaba dolor espontáneo sin otros signos positivos. Se solicitan radiografías de frente y perfil donde no se evidencian lesiones óseas y, dadas las características del cuadro, se realiza ecografía que informa imagen hiperecoica de 3 x 5 mm que impresiona como hematoma paraostal organizado en zona retromaleolar interna de tobillo izquierdo.

Se lo cita por consultorios externos para control de evolución y ante la persistencia del cuadro se resuelve la presentación en ateneo el 11/11/93, observándose una formación retromaleolar interna,

duroelástica que impresionaba adherida a plano profundo, dolorosa a la palpación. En las nuevas radiografías se evidencian imágenes líticas incipientes en maléolo posterior que respeta corticales, con rutinas de laboratorio normales. Se interna a fin de realizar una punción biopsia fechada el 2/12/93, cuyo informe histopatológico señala progenie celular correspondiente a condrolastoma benigno.

Se solicitaron estudios prequirúrgicos, nuevas tomas radiográficas y centellograma óseo total en forma ambulatoria.



Fig. 0. Radiografía al 18/3/94.



Fig. 1. Radiografía al 2/10/95. Postcuretaje injerto.

* División de Ortopedia y Traumatología, Hospital de Agudos Dr. J.M. Ramos Mejía, Buenos Aires.

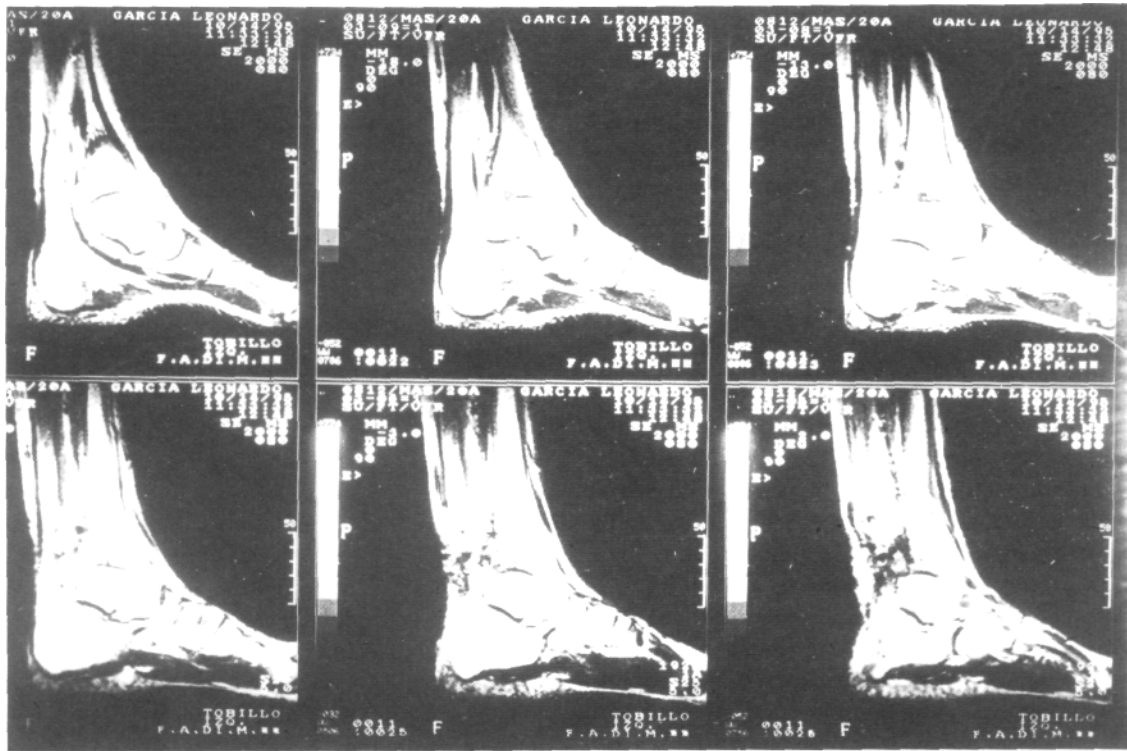


Fig. 2. RMN al 14/10/95.

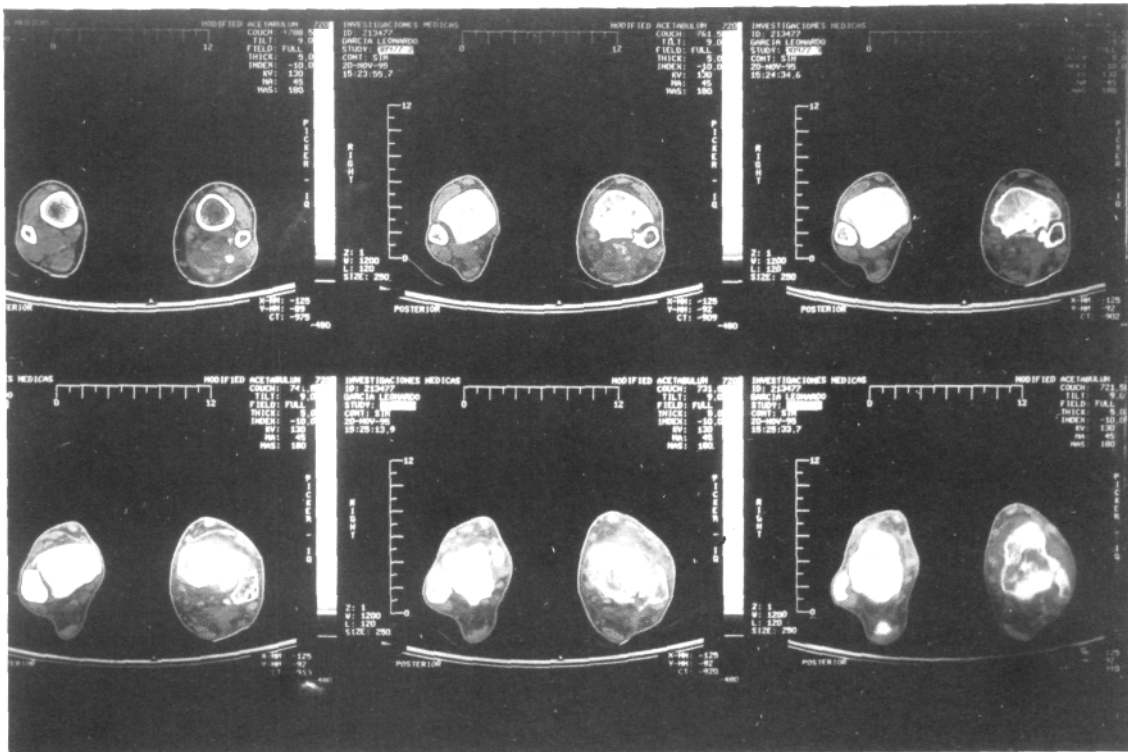


Fig. 3. TAC al 20/11/05.

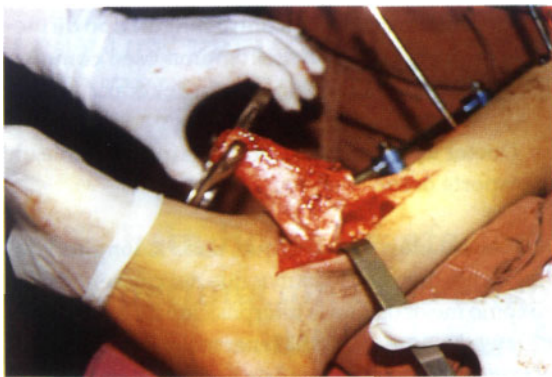


Fig. 4. Resección en block del tumor.

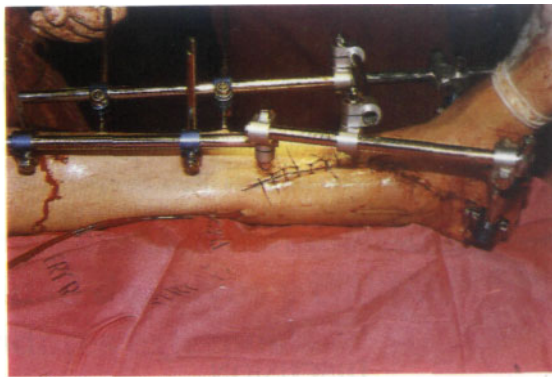


Fig. 5. Postoperatorio inmediato con tutor externo colocado.

Se interna el 14/2/94 donde se observa en las radiografías simples una imagen osteolítica rarefacta discretamente expansiva, de bordes netos con adelgazamiento de cortical y zonas de calcificación en su interior en maléolo posterior de tobillo izquierdo.

El protocolo del centellograma con Tc 99 informó aumento de la perfusión y vascularización del territorio y concentración tardía del radiotrazador en tobillo izquierdo. Se solicita TAC sin contraste de pierna y pie, y en la misma se observa imagen lítica expansiva con adelgazamiento de corticales que respeta partes blandas y superficie articular. Con estos elementos se decide la intervención quirúrgica, que se lleva a cabo el 21/3/94 y en la que se efectúa exéresis, curetaje y relleno con autoinjerto de cresta ilíaca. Evoluciona favorablemente, externándose el 30/3/94, controlándose por consultorios externos.

En octubre de 1995 se solicita una RMN de tobillo por referir dolor y presentar discreto edema en área comprometida, estudio éste en el que se informan huellas quirúrgicas en tibia distal, indemnidad del tendón de Aquiles, del músculo tibial posterior y del flexor del hallux y signos de fibrosis de partes blandas en área quirúrgica. Se interpreta esto como la causa de la sintomatología referida por el paciente; se indica fisioquinesioterapia y tratamiento antiinflamatorio por espacio de 15 días para observar evolución.

Ante la falta de progreso del tratamiento se solicita TAC de control y centellograma óseo total. La TAC informó alteraciones corticales distales en tibia, calcificaciones entre tibia y tendón de Aquiles y aumento de densidad de partes blandas, elementos compatibles con una recidiva del proceso tumoral. El centellograma informó un aumento de la con-

centración del radiotrazador en área quirúrgica de tobillo izquierdo.

El 14/2/96 se realiza nueva biopsia a cielo abierto del tejido óseo en zona injertada y partes blandas adyacentes, cuyo resultado informa la presencia de celularidad compatible con condroblastoma en neoformación y focos de regeneración ósea, mientras que en la nueva RMN del 4/4/96 se observan las mismas secuelas quirúrgicas pero se informa que no se observan imágenes evidentes de recidiva del tumor.

Se planifica la resección ósea en block con crite-

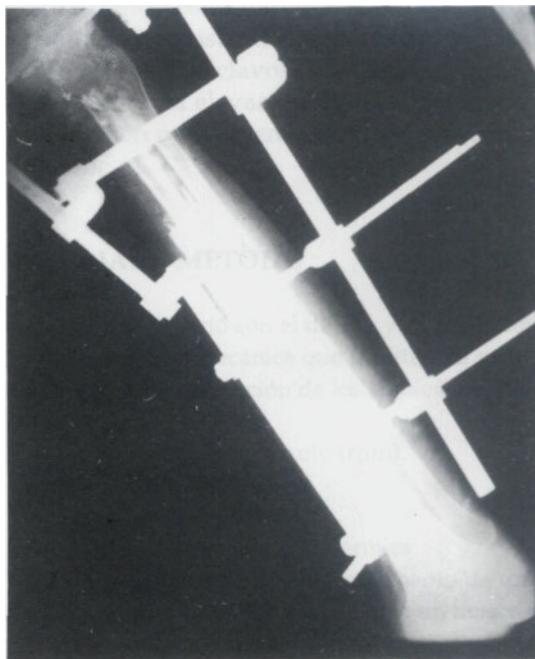


Fig. 6. Radiografía de control al segundo mes postoperatorio.

rio oncológico y se solicita tutor externo biplanar tipo AO.

Se interviene el 19/6/96, realizándose en el acto quirúrgico la mencionada resección en block del extremo distal de tibia, la interposición de peroné contralateral y autoinjerto de cresta ilíaca. Se externa el 15/8/96, cursando un postoperatorio libre de interurrencias, con temperatura digital y sensibilidad distal conservadas.

DISCUSIÓN

Moderador: Dr. CARLOS RINALDI

Moderador: Preguntemos a los colegas de Rosario si tienen algún comentario para hacer.

Dr. Héctor Girardi: Si bien el caso está dirigido a la discusión de residentes, deseo destacar que me parece sumamente interesante.

En dos oportunidades la opinión crítica primó sobre la RM, un hecho que no es habitual, lo que nos deja como enseñanza que el resultado diagnóstico no siempre tiene la última palabra.

Moderador: ¿Desde Córdoba hay algún comentario?

Doctor de Córdoba: ¿Se encontró algún tipo de metástasis?

Presentador: No se encontró ningún tipo de metástasis, ya sea en el centellograma óseo como en los estudios de radiología simple de tórax.

Doctor de Córdoba: ¿Consideraron probable un transporte óseo?

Presentador: Creemos que, dada la longitud del fragmento óseo que temamos que resecar, se consideró como mejor opción la interposición de contraperoné lateral, porque se podía tener mejor evolución que el transporte óseo, ya que éste podía tardar demasiado tiempo y era más complejo para el paciente.

Doctor de Córdoba: ¿Fue un injerto vascularizado?

Presentador: El injerto no fue vascularizado.

Dr. Alberto Cánova: El punto que convendría aclarar es por qué no se hizo un peroné vascularizado, ni un transporte óseo, y esto no fue porque fundamentalmente la única arteria confiable que presentaba este paciente era la tibial anterior y se consideró como de excesivo riesgo realizar este tipo de reparación.

Presentador: Otro comentario que podemos hacer es que el tipo de abordaje que se realizó fue para conservar la arteria pedia, la que tenía grandes posibilidades de seguir adelante.