

Tumor a células gigantes. Una conducta terapéutica

Dres. JOSÉ RAFFA, PABLO GUINSBURG

Presentamos un paciente de 50 años de edad, quien concurre al consultorio externo de nuestro Servicio en el mes de noviembre de 1995 por gonalgia izquierda de dos meses de evolución.

Se efectuó el estudio radiográfico de rutina, donde se comprobó una imagen osteolítica que ocupaba todo el cóndilo femoral interno, con integridad de la cortical y sin reacción perióstica.

Los estudios de laboratorio no mostraron datos de relevancia.

Presentado en seminario se decidió efectuar la biopsia correspondiente, considerando que podría tratarse de un tumor a células gigantes.

Si bien la edad del paciente resulta algo excesiva, ya que habitualmente este tumor se presenta entre los 20 y 40 años de edad, también se lo suele ver por encima de la quinta década, aunque con menor frecuencia.

Como sabemos, y así lo demuestran las distintas casuísticas, más del 50% de este tumor se localiza en la rodilla, siendo el fémur el hueso más afectado.

De confirmarse el diagnóstico, se decidió como plan terapéutico curetaje y relleno de la cavidad con polimetilmetacrilato.

Mientras el paciente realizaba los estudios solicitados para efectuar la biopsia quirúrgica, las características clínicas del mismo desde el punto de vista local se modificaron, apareciendo signos de flogosis e incremento del dolor.

La biopsia confirmó el diagnóstico presuntivo. Debido a los cambios locales producidos, se solicitó nueva radiografía y una resonancia magnética nuclear (RMN), las que mostraron un crecimiento llamativo del tumor e invasión de los tejidos blan-

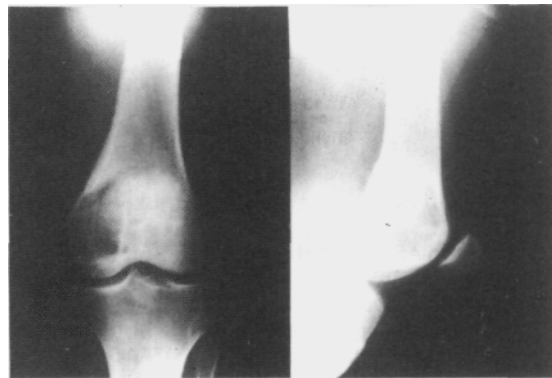


Fig. 1. Imagen osteolítica excéntrica en cóndilo femoral interno.

dos. Este compromiso extracompartimental nos obligó a replantear el plan primitivo.

Las posibilidades que se tuvieron en cuenta una vez eliminados el curetaje y el relleno con cemento, fueron las siguientes:

—Realizar un reemplazo masivo, procedimien-

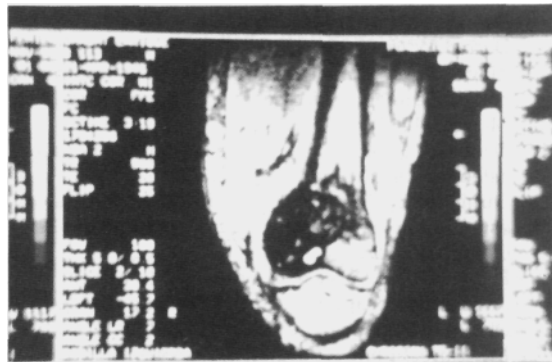


Fig. 2. RMN donde se aprecia la extensión del tumor, que se ha hecho extracompartimental.

* Servicio de Ortopedia y Traumatología, Hospital de Agudos Dr. Cosme Argerich, Buenos Aires.

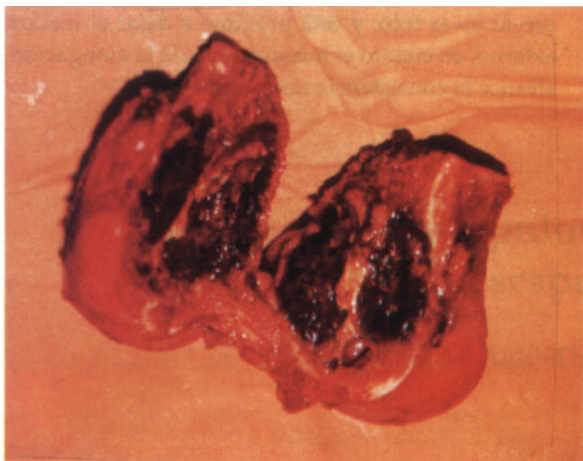


Fig. 3. Pieza tumoral reseçada, donde se aprecia el tumor invadiendo toda la epífisis.

to que se desechó por no contar con la posibilidad de realizar un injerto óseo de banco.

—Técnicas utilizadas en otro tiempo, como la de

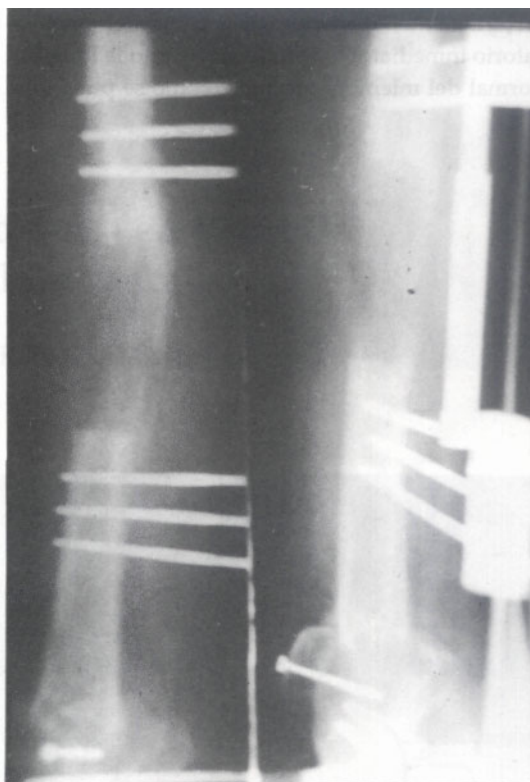


Fig. 4. Radiografía con fijador colocado y en el período de alargamiento.



Fig. 5. Paciente de pie, con la longitud del miembro inferior operado compensada.

Merle d'Aubigné, la artrodesis a lo Juvara o incluso recurrir a una prótesis no convencional abisagrada, han ocasionado un alto porcentaje de complicaciones, motivo por el cual fueron descartadas.

Por todo esto se optó por un procedimiento que estamos aplicando para otra patología, y es utilizar un fijador externo con el que se realiza simultáneamente artrodesis de rodilla y alargamiento femoral.

A tal fin se aplicó un fijador axial de carril recto con tres morsas, para trabajar sobre dos focos; en el distal se realiza la artrodesis por osteotaxis y en el proximal, previa corticotomía, se procede a la distracción progresiva hasta compensar la longitud perdida a consecuencia de la resección del tumor.

El procedimiento de elongación que realizamos comprende las siguientes etapas:

1. Cirugía de resección y artrodesis y corticotomía, como ya se dijo.
2. Tiempo de espera (quince días aproximadamente).
3. Elongación propiamente dicha (a razón de 1 mm por día).
4. Estabilización (maduración del callo).

El paciente en cuestión ha evolucionado satis-

factoriamente, deambulando a partir del postoperatorio inmediato, habiendo alcanzado la longitud normal del miembro afectado, como se puede

observar en la foto, y está próximo a dejar el fijador externo, en cuanto el hueso nuevo de la elongación alcance la consistencia necesaria.