

Tumor de células gigantes en la cabeza femoral

FABIÁN LANDA y JOSÉ URPI

Sanatorio del Norte, Tucumán

Caso clínico

En agosto de 1999, se presenta a la consulta una paciente de 38 años por un cuadro de dolor inguinal izquierdo y cojera.

En los estudios radiográficos se constata una lesión lítica en la cabeza y el cuello femoral (Fig. 1); con laboratorio normal e hipercaptación única en el centellograma.

En la resonancia magnética (RM) se visualiza una tumoración ubicada en la región anterosuperior de la cabeza femoral y parte del cuello femoral con invasión extraósea (Fig. 2) (Grado III).¹

Se realizó una biopsia bajo control de tomografía computarizada (TC) llegando al diagnóstico de tumor de células gigantes.

Como planificación preoperatoria se tuvo en cuenta:

- Abordaje.
- Tratamiento del tumor.
- Posibles complicaciones, como la persistencia de células tumorales (recidiva), el colapso por vaciamiento de la cabeza femoral y la osteonecrosis.

Bajo anestesia general y después de un abordaje transrotatorio, se realizó el curetaje del tumor y la cauterización. Para esta última se colocó cemento (en dos por-

tunidades), que fue retirado antes de su fraguado. Luego se completó con electrobisturí.

Se relleno con injerto de esponjosa y por último se utilizó un injerto vascularizado de peroné, teniendo en cuenta las complicaciones esperadas.

A los 24 meses, estando la paciente asintomática se constata rarefacción ósea en el control radiográfico, por lo que se realizó una biopsia bajo control de TC, que mostró ausencia de células gigantes con neoformación ósea.

A los 36 meses, la paciente continúa asintomática sin imágenes de recidiva del tumor ni signos de osteonecrosis (Fig. 3).

Discusión

El tumor de células gigantes, que representa el 5% de los tumores óseos y el 20% de los tumores óseos benignos, tiene una frecuencia de hasta el 10% en su localización en la articulación de la cadera.³

Sus características (tendencia a la recidiva, posibilidad de malignización y capacidad de provocar metástasis pulmonares) obligan a plantear conductas quirúrgicas agresivas para su tratamiento.^{1,11}

Asimismo, su ubicación epifisometáfisaria excéntrica lleva a que muchas veces sea imposible su resección amplia (con un índice de recidiva del 7%) y deba recurrirse con la idea de salvar la articulación, al curetaje simple (35% de recidivas)¹⁰ o con el agregado de adyuvancia, imprescindible para disminuir esta última posibilidad.⁵

Entre estos procedimientos podemos contar con la cauterización celular, producida por la temperatura elevada del metilmetacrilato en su proceso de fraguado.^{4,6-9,12}

La osteólisis producida por el tumor y la pérdida de reserva ósea en el curetaje hacen necesario el relleno con injerto óseo esponjoso,² a lo que puede agregarse en este caso un injerto óseo del peroné vascularizado, como soporte estructural y circulatorio, ante la posibilidad de colapso u osteonecrosis secundaria.¹³

Recibido el 25-10-2002. Aceptado luego de la evaluación el 2-9-2003.

Correspondencia:

Dr. FABIÁN LANDA
Sanatorio del Norte
Maipú 617, Tucumán
Tel.: 0381-4222922
E-mail: flanda@arnet.com.ar



Figura 1. Tumor.



Figura 2. Invasión extrósea.



Figura 3. 36 meses.

Referencias bibliográficas

1. **Campanacci M, Baldini N, Boriani S, et al.** Giant cell tumor of bone. *J Bone Jt Surg (Am)*;69:106-114;1987.
2. **Campanacci M, Capanna R, Fabbri N, et al.** Curettage of giant cell tumor of bone. Reconstruction with subcondral grafts and cement. *Chir Organ Mov*;75:212-213;1990.
3. **Dahlin DC, Unni KK.** Giant cell tumor (osteoclastoma). En: *Bone tumors, general aspects and data on 8, 542 cases.* 4th ed. Springfield, IL: Charles C Thomas; 1986.p.120-121.
4. **Dickson JA, Shah SA.** Technology for the hyperthermic treatment of large solid tumors at 50. *Chir Oncol*;3:301;1997.
5. **Eckardt JJ, Grogan TJ.** Giant cell tumor of bone. *Clin Orthop*;(204):45-58;1986.
6. **Jefferis CD, Lee ACJ, Ling RSM.** Thermal aspects of self-curing polymethylmethacrylate. *J Bone Jt Surg (Br)*;57:511;1975.
7. **Kiviluoto O, Salenius P, Santavirta S.** Acrylic cementation in treatment of benign bone tumor. *Acta Orthop Scand*;52:443;1981.
8. **Leeson MC, Lippit SB.** Thermal aspects of the use of polymethylmethacrylate in large metaphyseal defects in bone. A clinical review and laboratory study. *Clin Orthop*;(295):239-245;1993.
9. **Linder L.** Reaction of bone to the acute chemical trauma of bone cement. *J Bone Jt Surg (Am)*;59:82;1977.
10. **McDonald DJ, Sim F, McLeod RA, et al.** Giant cell tumor of bone. *J Bone Jt Surg (Am)*;68:235-242;1986.
11. **Muscolo DL, Aponte Tinao LA, Calabrese M, y cols.** Tumor de células gigantes de rodilla. *Rev Asoc Argent Ortop Traumatol*;66(3):174-178;2001.
12. **Persson BM, Wouters HW.** Curettage and acrylic cementation in surgery of giant cell tumors of bone. *Clin Orthop*;(120);125;1976.
13. **Urbaniak JR.** *Osteonecrosis. Etiology, diagnosis and treatment.* Rosemont: American Academy of Orthopedics Surgeon; 1997.p.327-346.