

14 CASOS DE TUMORES ÓSEOS BENIGNOS TRATADOS MEDIANTE CURETAJE Y RELLENO CON INJERTO ÓSEO SINTÉTICO PRODENSE® A TRAVÉS DE UNA VENTANA ÓSEA

Daniel Sáez Elizagaray, Nerea Hernández González, Josu Merino Pérez, Iraia Arteagoitia Colino, Carolina Elena Garicano Zuriarrain. Cirugía Ortopédica y Traumatológica. Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, Bizkaia.

INTRODUCCION

- Los tumores óseos benignos comprenden una amplia variedad de lesiones histológicas que se caracterizan por el bajo riesgo de metastatizar.
- Los más frecuentes son los quistes óseos simples, encondromas, displasia fibrosa ósea, tumor de células gigantes, ganglión intraóseo, condrosarcomas de bajo grado.
- Los huesos largos más frecuentes son el húmero, fémur y tibia.
- La forma de presentación más frecuente es como dolor localizado, como hallazgo casual o como fractura patológica.
- Diagnóstico: clínico, radiológico y según tipo de imagen radiológica y localización, puede ser necesario TAC, RMN o biopsia.
- El tratamiento Gold Standar de los tumores óseos benignos es el curetaje yrellano del defecto con autoinjerto, aloinjerto o injerto óseo sintético.
- Según las dimensiones de la lesión y si el hueso es de carga o no, se recomienda aumentar con placas de soporte.
- Para evitar las recidivas, es importante reseca la lesión al completo y rellenarla al completo.
- Según el tipo de tumor, existe mayor riesgo de recidiva.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se presentan 14 casos de tumores óseos benignos tratados mediante curetaje y relleno de defectos de hueso esponjoso con injerto óseo sintético (ProDense®) de fosfato cálcico y sulfato cálcico. Además, en 1 de los tumores de fémur distal, se fijó profilácticamente con placa Liss.

- Húmero proximal: 2 encondromas, 1 tumor de células gigantes, 1 quiste óseo simple, 1 condrosarcoma grado I
 - Fémur distal: 1 quiste óseo simple, 1 encondroma, 1 tumor células gigantes
 - Radio distal: 1 tumor células gigantes
 - Metacarpianos: 2 encondromas
 - Metatarsianos: 1 encondroma
 - Falange proximal mano: 1 encondroma
 - Tibia proximal: 1 ganglión intraóseo en metáfisis tibial
- El objetivo de este estudio es valorar la capacidad de integración del injerto óseo sintético y soporte estructural a corto y largo plazo describiendo nuestra experiencia y revisando la literatura al respecto.

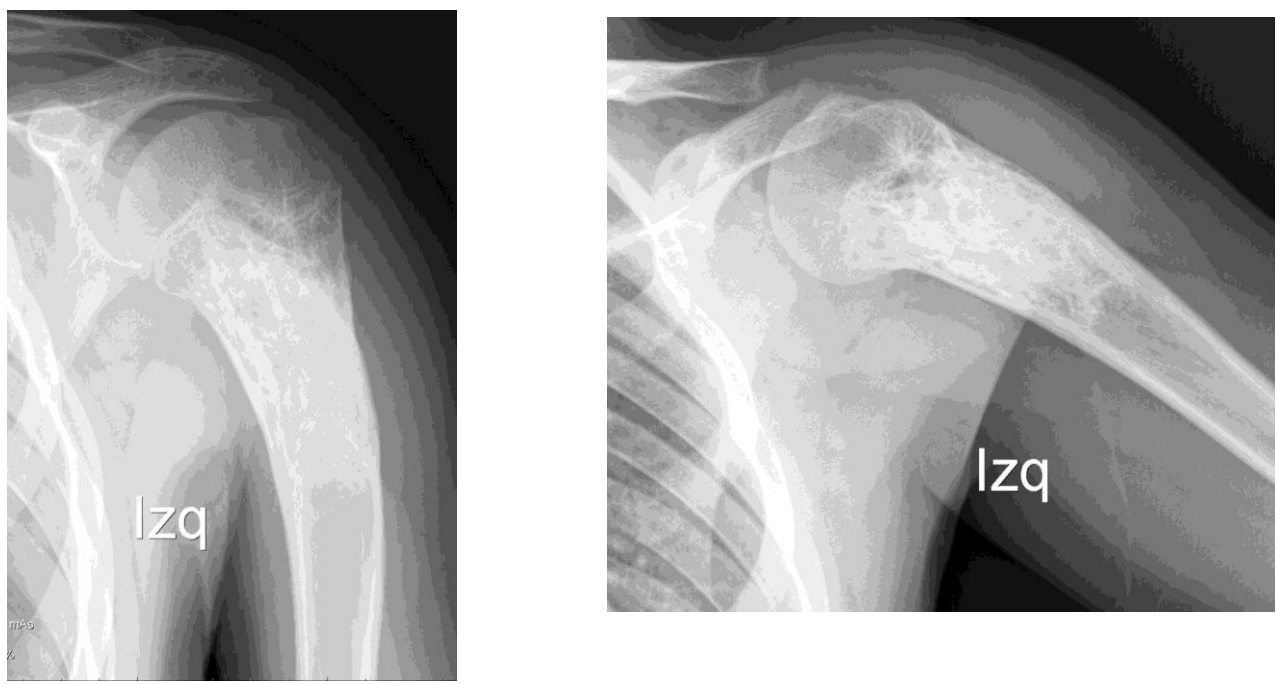
CASO 1

- Varón 15 años.
- No AP relevantes.
- Dolor tras caída de la bici
- Rx: Fx patológica en húmero proximal.
- TAC y RMN: probable quiste óseo simple. 6,8cm x 3,4cm x 2,5cm (57cm3)
- Tto: Curetaje y relleno con Prodense®
- Biopsia: compatible con quiste óseo simple
- 9 meses de seguimiento, buena evolución.

Control postoperatorio



Control 9 meses



CASO 2

- Varón 27 años.
- AP: Intervenido hace 11 años de quiste óseo simple en fémur distal.
- Dolor en rodilla sin traumatismo.
- Rx: quiste óseo simple en fémur distal
- TAC: 12,5cm x 4,7cm x 4,4cm (258cm3)
- Biopsia: compatible con quiste óseo esencial.
- Tto: Curetaje y relleno con Prodense®
- Descarga 1 mes
- 4 años de seguimiento, buena evolución

Control postoperatorio



Control 3 años



CASO 3

- Varón 49 años. No AP
- Hallazgo casual en Rx.
- RMN: lesión ósea en fémur distal DD condrosarcoma bajo grado vs encondroma 9,5cm x 2,5cm x 3cm (71,2cm3)
- Tto: Curetaje y relleno con Prodense®
- Se permitió carga inmediata, y se hizo Fx supracondílea en el postoperatorio inmediato.
- Osteosíntesis con Liss
- 2 meses en descarga.
- AP: Encondroma
- 3 años seguimiento, buena evolución.

Control postoperatorio



Control postoperatorio

Control 3 años



RESULTADOS

13 de 14 evolucionaron favorablemente tanto radiológica como clínicamente y no hubo recidivas ni eventos adversos hasta el día de hoy. De las 3 lesiones de fémur distal, 2 de ellas no se fijaron, 1 de ellas evolucionó favorablemente. La otra, presentó fractura supracondílea en el postoperatorio inmediato, que requirió cirugía urgente realizándose osteosíntesis con placa Liss.

CONCLUSIÓN

El relleno de defectos de hueso esponjoso con injerto sintético consigue buenos resultados clínicos y radiológicos. Según lo recomendado en la literatura, se recomienda fijación con placa puente en quistes de >5cm de diámetro y/o >60cm3 en huesos de carga.

