

39

Congreso
SOTOCAV



XXXIX Congreso de la Sociedad
de Cirugía Ortopédica y
Traumatología de la Comunidad
Autónoma Valenciana



HOSPITAL MARINA BAIXA
CENTRE ESPECIALITATS BENIDORM

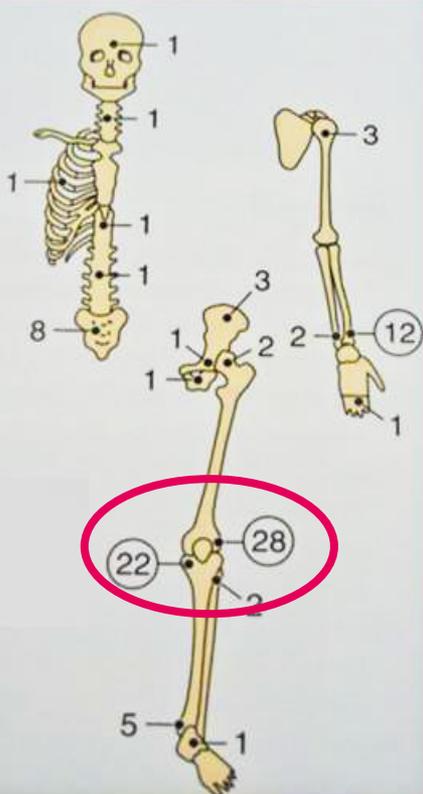
TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES TRATADO MEDIANTE CURETAJE Y TERAPIA ADYUVANTE

I. Martín Flor, N. Avárguez Perles, F. Martínez López
C.O.T. Hosp. Marina Baixa, Villajoyosa, Alicante
(A. Giménez Ronda)

INTRODUCCIÓN.

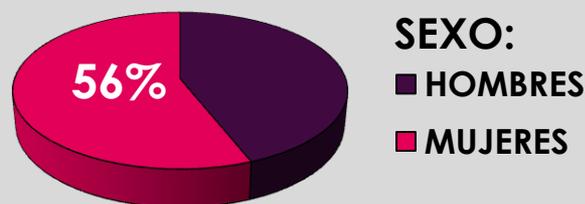
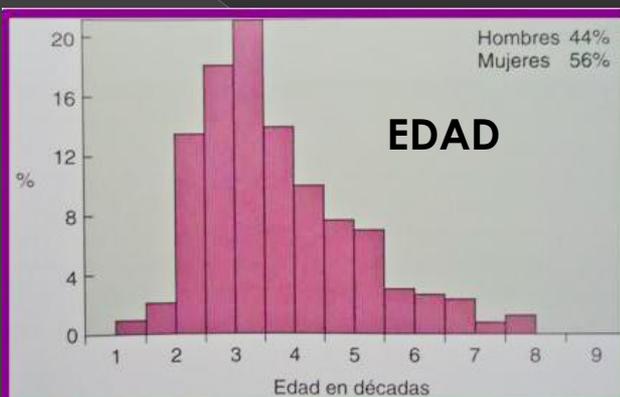
Tumor de Células Gigantes

LOCALIZACIÓN



5% de las neoplasias óseas
BENIGNO → puede malignizar (1%)

D
I
S
T
R
I
B
U
C
I
O
N



SÍNTOMAS Y SIGNOS

- DOLOR
- SIGNOS INFLAMATORIOS
- RIGIDEZ
- ATROFIA MUSCULAR.
- FRACTURAS PATOLÓGICAS

ESTADÍOS

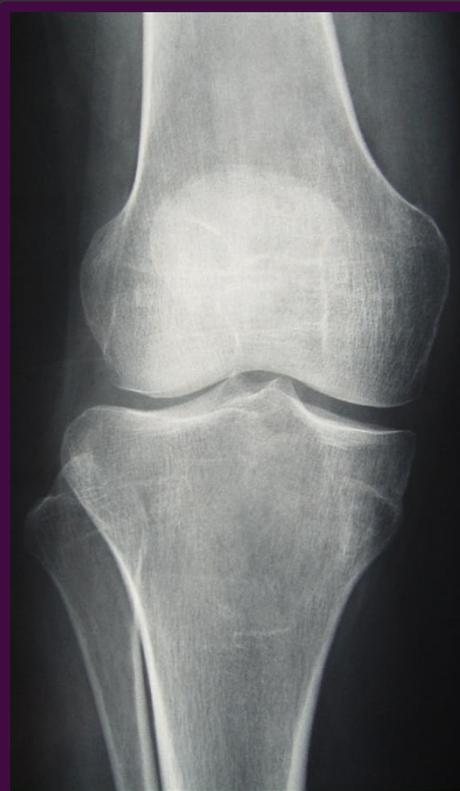
CAMPANACCI

- Estadio I (latente)
- Estadio II (70%)
- Estadio III (agresivo)

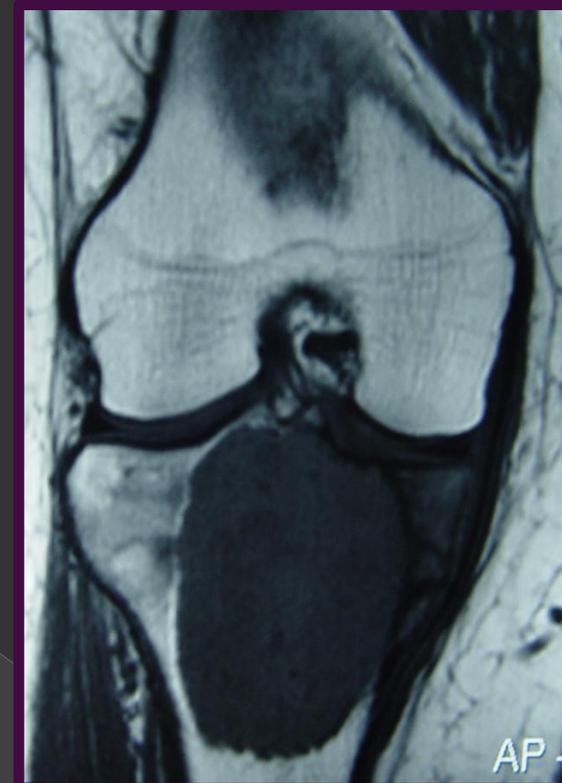
CASO CLÍNICO

- Paciente de 41 años que acude a urgencias por **gonalgia** de un mes de evolución sin traumatismo previo que no cede con tratamiento médico.
- **Exploración física:** BEG. Genu-varo bilateral. Rodilla dcha: fondos de saco libres, **inflamación** región **antero-medial**, movilidad conservada. Maniobras meniscales: positivas para el menisco medial. No inestabilidad.

- ▶ **Estudios analíticos:** normales
- ▶ **Rx tórax y serie ósea metastásica:** sin hallazgos patológicos.



RX: lesión osteolítica en epífisis proximal de tibia derecha .



RMN: Tumoración sólida, delimitada, **irregular**, en epífisis proximal tibial. 58×34×50mm. Compatible con **Tumor de Células Gigantes.**

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y BIOPSIA

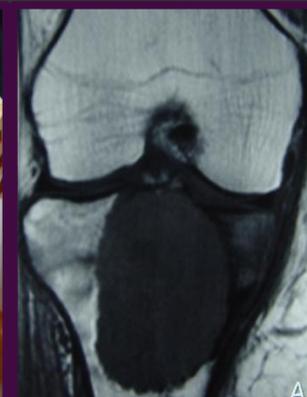
CURETAJE Y TERAPIA ADYUVANTE CON FENOL Y CEMENTO



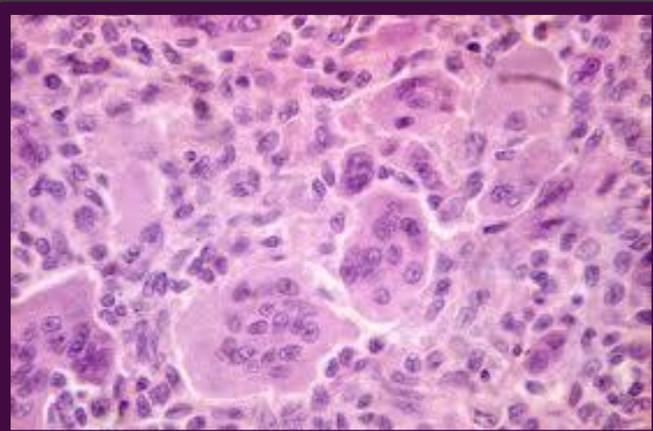
FENOLIZACIÓN



CEMENTACIÓN



ANATOMÍA PATOLÓGICA



- Patrón de crecimiento **uniforme** (zonas de necrosis y quistes)
- **Células gigantes multinucleadas** dispersas en un “mar” de **Células mononucleares**.
- Pueden ser abundantes las **figuras mitóticas**.
- **Fractura patológica** → formación de hueso nuevo → altera la histología del tumor.

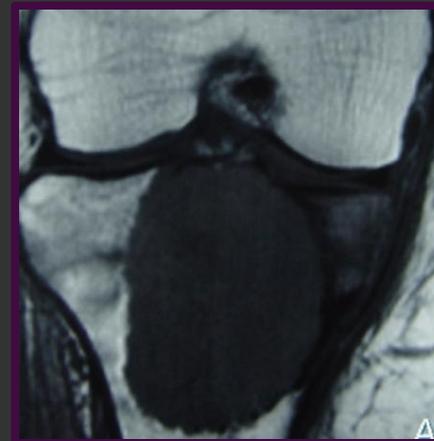
EVOLUCIÓN

7 años tras intervención:
paciente **asintomática**,
con RX y RMN sin signos de
recidiva. Se descartan
metástasis pulmonares.

RX 7años ev.



RMN 7años ev.



CONCLUSIONES

- EL **TCG** ES UN TUMOR **BENIGNO** → MALIGNIZA EL 1% (+ FRECUENTEMENTE TRAS UTILIZAR RADIOTERAPIA)
- PUEDE PRODUCIR METÁSTASIS PULMONARES EN EL 2% DE LOS CASOS.
- LAS RECIDIVAS LOCALES DEPENDEN DEL TIPO DE **TRATAMIENTO** EMPLEADO. LA TASA DE RECIDIVA VARÍA:
 - 5-10% CUANDO SE UTILIZA **CURETAJE Y ADYUVANTES LOCALES**.
 - 10-20% SI NO SE EMPLEAN DICHOS ADYUVANTES.
- EN **NUESTRO CASO** SE REALIZÓ **CURETAJE, CAUTERIZACIÓN CON FENOL Y RELLENO CON CEMENTO**, SIENDO SU **EVOLUCIÓN SATISFACTORIA** A LOS 7 AÑOS DE LA INTERVENCIÓN.