

Tumor de células gigantes del radio distal: resección total y aloinjerto estabilizado mediante osteosíntesis y reconstrucción de ligamentos radio-cúbito-carpianos

Miguel Masiá Massoni, Manuel Angulo Sánchez, Emilio Baixauli Perelló, José Vicente Amaya Valero, Francisco Baixauli Perelló.

Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia

Introducción:

Características del TCG:

-5% de los tumores óseos primarios

-20% de los tumores óseos benignos

-Localmente agresivo

-5% da metástasis pulmonares

-10% localizado en el radio distal

Estadio	Descripción	Tratamiento
I	Cortical adelgazada Mínima clínica	Resección intralesional +- adyuvantes
II	Cortical perforada Clínica establecida	Resección intralesional +- adyuvantes
III	Afectación de partes blandas Fracturas patológicas	Resección en bloque

Tabla 1. Clasificación de Campanacci: los hallazgos clínico-radiológicos establecen el estadio en base al cual se orienta el tratamiento.

Liu YP, Li KH, Sun BH. Which treatment is the best for giant cell tumors of the distal radius? A meta-analysis, *Clin Orthop Relat Res* 2012;470(10):2886–94.

TCG del radio distal: resección total y aloinjerto estabilizado mediante osteosíntesis y reconstrucción de ligamentos radio-cúbito-carpianos.

Miguel Masiá Massoni, Manuel Angulo Sánchez, Emilio Baixauli Perelló, José Vicente Amaya Valero, Francisco Baixauli Perelló.

Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia

Material y método: presentamos el caso de una paciente de 48 años con un TCG en radio distal grado III tratado inicialmente mediante resección intralesional con fresa de alta velocidad, fenolización y relleno con matriz ósea desmineralizada.

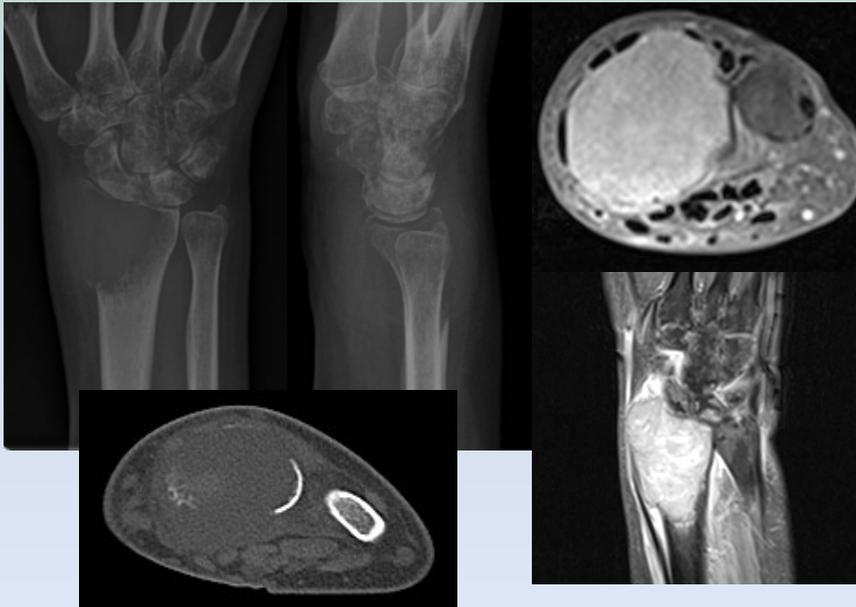


Fig. 1. Pruebas de imagen iniciales que muestran un TCG estadio III de Campanacci

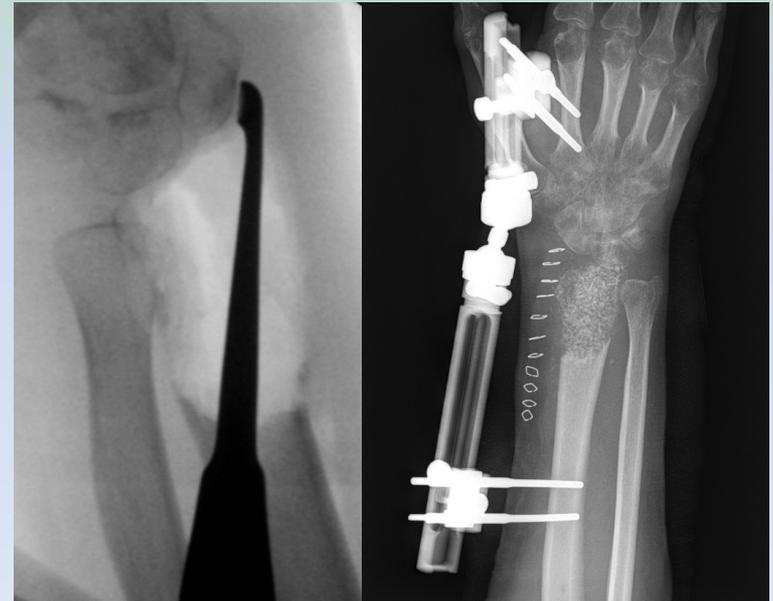


Fig.2. Resección intralesional y radiografía de control

- Kang L et al. Features of grade 3 Giant cell tumors of the distal radius associated with successful intralesional treatment, *J Hand Surg* 2010;35^a:1850-7.

TCG del radio distal: resección total y aloinjerto estabilizado mediante osteosíntesis y reconstrucción de ligamentos radio-cúbito-carpianos.

Miguel Masiá Massoni, Manuel Angulo Sánchez, Emilio Baixauli Perelló, José Vicente Amaya Valero, Francisco Baixauli Perelló.

Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia

Material y método: Tras objetivar recidiva local de la lesión a los 2 meses de la intervención decidimos realizar una resección en bloque y reconstrucción mediante aloinjerto.

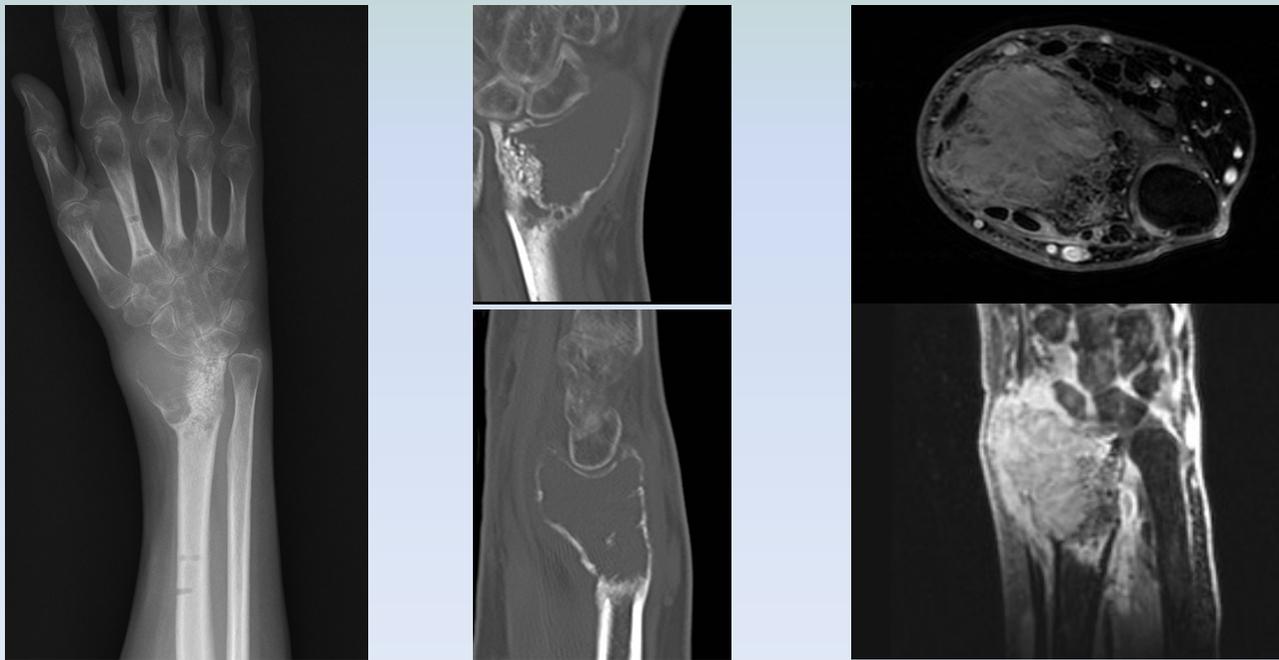


Fig. 3. Pruebas de imagen que muestran la recidiva de la enfermedad.

TCG del radio distal: resección total y aloinjerto estabilizado mediante osteosíntesis y reconstrucción de ligamentos radio-cúbito-carpianos.

Miguel Masiá Massoni, Manuel Angulo Sánchez, Emilio Baixauli Perelló, José Vicente Amaya Valero, Francisco Baixauli Perelló.

Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia

Material y método: el aloinjerto se estabilizó gracias a una placa volar, re inserción de ligamento triangular y ligamentos radio-cubito-carpianos dorsales y volares mediante túneles transóseos y arpones, y agujas de kirschner.

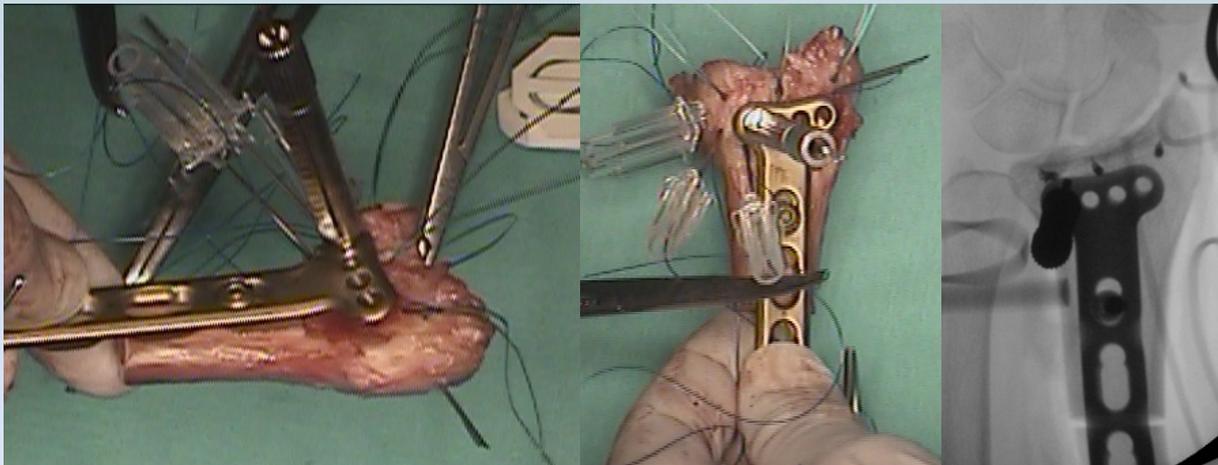


Fig. 4. Detalle intraoperatorio de la ubicación de los túneles y los arpones y radiografía de control.



- Kocher MS, Gebhardt M, Mankin HJ. Reconstruction of the Distal Aspect of the Radius with Use of an Osteoarticular Allograft after Excision of a Skeletal Tumor, *J Bone Joint Surg Am* 1998 Mar 01;80(3):407-19
- Scoccianti G et al. The use of osteo-articular allografts for reconstruction after resection of distal radius tumour, *J Bone Joint Sur (Br)* 2010;92B:1690-4

TCG del radio distal: resección total y aloinjerto estabilizado mediante osteosíntesis y reconstrucción de ligamentos radio-cúbito-carpianos.

Miguel Masiá Massoni, Manuel Angulo Sánchez, Emilio Baixauli Perelló, José Vicente Amaya Valero, Francisco Baixauli Perelló.

Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia

Resultados: 14 meses después de la intervención la paciente se encuentra asintomática, con buena movilidad de la muñeca, el aloinjerto consolidado, y sin evidencia de recidiva.

Conclusiones:

-La resección amplia es el tratamiento de elección para los TCG en estadio III.

-Una de las opciones para la reconstrucción posterior es el aloinjerto.

-La reconstrucción de los ligamentos radio-cúbito-carpianos mediante túneles transóseos permite evitar la artrodesis de la muñeca mejorando la estabilidad y la función de la mano.

-Apichat A, Saranatra W , Rapin P, Piya K. Functional outcome following excision of a tumour and reconstruction of the distal radius, *International Orthopaedics* 2009, 33:203–209



Fig. 5. El TAC y la radiografía muestran consolidación del aloinjerto; fotos clínicas de la movilidad actual.