

CIUDAD SANITARIA LA FE. VALENCIA

Departamento de Traumatología y Ortopedia. Jefe : J. MAESTRE HERRERO
Servicio de Traumatología. Jefe : F. BALXAULI CASTELLÁ

UNIDAD DE SÉPTICOS DE APARATO LOCOMOTOR

Carcinoma epidermoide como complicación de las fístulas persistentes en la osteomielitis crónica

S. CERVELLO LÓPEZ, C. ESPINOSA LLEDÓ y A. FERRER FERRER

RESUMEN

Se presenta un caso de carcinoma epidermoide en miembro superior a partir de una osteitis crónica por herida de guerra, a los tres años y medio de su tratamiento.

Se hace una descripción del caso comentando la clínica y tratamiento de esta poco frecuente localización.

SUMMARY

An epidermoid carcinoma localized in an upper limb in the course of a chronic osteomyelitis caused by a war wound is reported. This carcinoma appeared after three and a half years.

These clinical and management aspects will be commented on.

La formación de neoplasias de estirpe epitelial a partir de los trayectos fistulosos en las supuraciones mantenidas durante largos años, constituye un hecho bien conocido y que debe considerarse como una complicación local de estos procesos, sobre todo en el caso de las osteomielitis crónicas.

Aún cuando se sigue dando por muchos autores, como cifra de frecuencia del 0'25 al 0'5 por 100 de todas las osteomielitis crónicas, consideramos con SEDLIN que estas cifras no son exactas pues en el estudio de la frecuencia del carcinoma epidermoide de las extremidades como degeneración maligna, no se suelen incluir los casos de osteomielitis que aún están en evolución.

Si así se hiciera el porcentaje de malignización daría cifras de hasta un 10 por 100.

En los tres años que lleva en funcionamiento nuestra Unidad de Sépticos hemos constatado dos carcinomas epidermoides entre 122 casos de osteomielitis tratadas.

Descartamos uno de ellos, que se ajusta a las hiperplasias pseudocarcinomas descritas por JHONSON.

El motivo de este trabajo es presentar un caso de carcinoma epidermoide de miembro superior en una osteomielitis por herida de guerra.

El interés radica en lo poco frecuente de la localización (de 102 casos revisados por SEDLIN sólo 3 corresponden a miem-

bro superior) y en las imágenes linfográficas que mantienen siempre la disputa entre el concepto radiológico de metástasis o inflamación ganglionar pseudotumoral.

Descripción del caso

Historia 30.317, M. C. I., varón de 65 años, ingresa en la Unidad de Sépticos el 8-1-73 procedente de otro Servicio.

Sufrió durante la guerra civil una herida por arma de fuego en el primer dedo de la mano izquierda, con amputación traumática del extremo distal del mismo.

Ha presentado durante cuarenta años una supuración mantenida, habiéndosele practicado según refiere dos limpiezas en el hueso, sin resultado.

A su ingreso presenta sobre muñón del primer meta, una tumoración dura, adherida a planos profundos, del tamaño de un huevo de paloma, con varios orificios fistulosos.

Hay signos inflamatorios locales y en el exudado se cultivan *Proteus* y *Estafilococo* dorado.

Observamos gruesas adenopatías regiona-

les en axila izquierda, algunas de ellas del tamaño de una almendra y adenopatías de menor tamaño en axila derecha.

La exploración radiográfica (fig. 1) muestra imágenes de zonas destructivas radiolúcidas y periostio reforzado, dándole el diagnóstico de osteítis crónica.

La analítica presentaba una leucocitosis moderada y velocidad de sedimentación globular de 60 a la primera hora.

El 15-1-73, se practica una biopsia, recibiendo el siguiente informe del Departamento de Anatomía Patológica :

Todos los fragmentos remitidos están constituidos por gran cantidad de queratina parakeratósica que se dispone en bandas o láminas. La base de esta queratina muestra estructuras papilomatosas con núcleo hiper cromático dispuestas en la periferia y producción de queratina y globos córneos.

Diagnóstico inicial : Carcinoma epidermoide bien diferenciado.

Se practican linfografas (fig. 2) y los controles radiológicos muestran :

1. Hipertrofia ganglionar.
2. Persistencia de contraste en los canales.

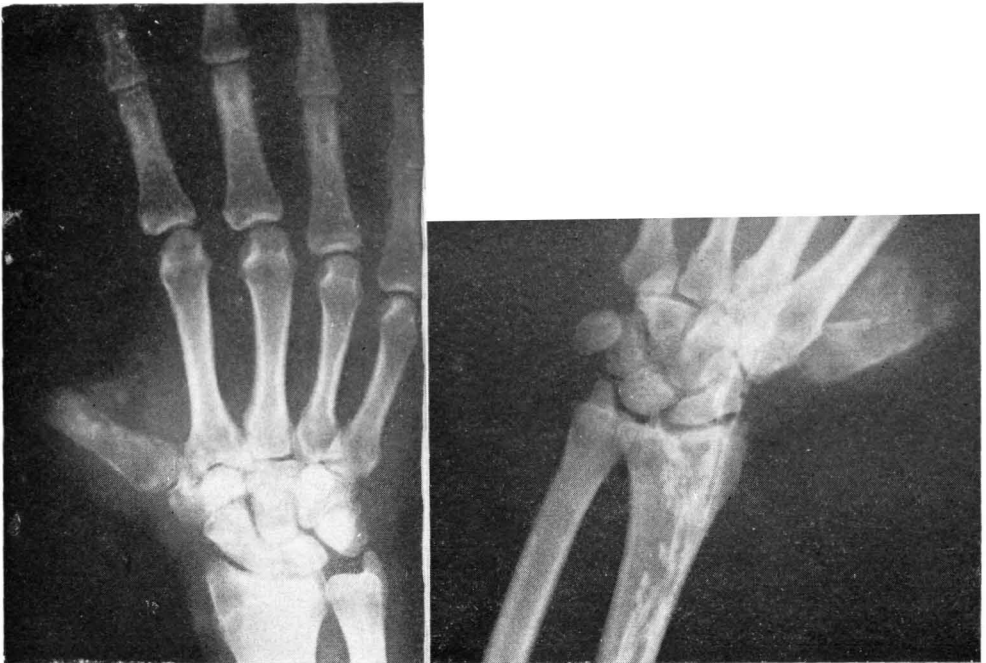


FIG. 1. — Imágenes de la lesión inicial.

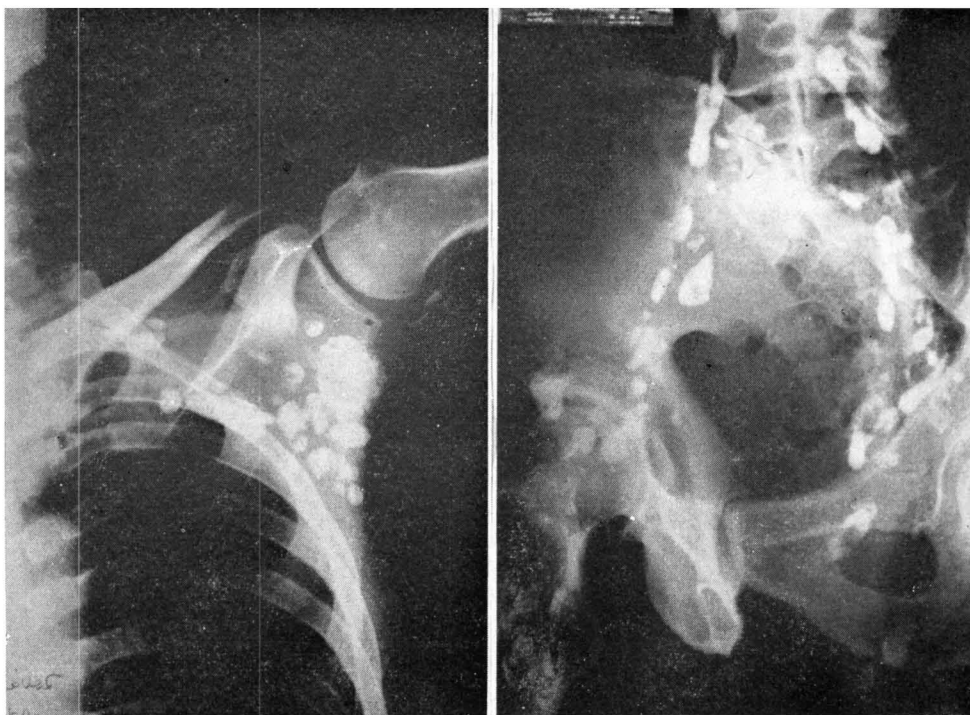


FIG. 2. — Linfografía mostrando imágenes ganglionares pseudotumorales.

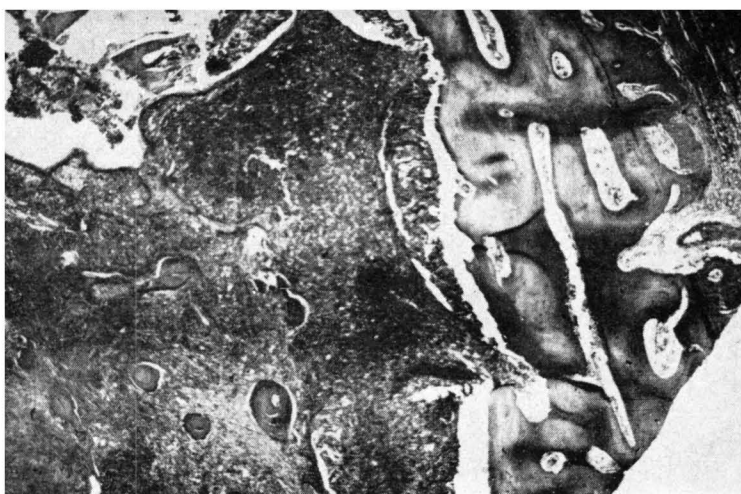


FIG. 3. — Corte anatomopatológico donde se aprecian los cordones de tejido epitelial invadiendo zonas de hueso.

3. Relleno de la trama a grumos gruesos con micro y macrolagunas.
4. Defecto de replación y corticales interrumpidas.

Todo ello hace suponer una invasión de las cadenas ganglionares por neoplasia por contigüidad.

Debido a que el grupo supraclavicular izquierdo tiene relaciones con el grupo ganglionar preaórtico a nivel de L-2, L-3 practicamos linfografía de las extremidades inferiores viendo (fig. 2) a este nivel una asimetría de las cadenas preaórticas con predominio de la izquierda, en sentido hipertrófico e hiperplásico.

Algunos de estos ganglios presentan interrupciones de la cortical y microlagunas.

Recogidos todos estos datos el 29-1-73 se procede a la desarticulación del primer radio de la mano izquierda y se realiza una *toilette* ganglionar del grupo axilar izquierdo.

Mandada la pieza al Departamento de Ana-

tomía Patológica se nos remite el siguiente informe definitivo :

Los cortes estudiados muestran la tumoración blanquecina, que corresponde a una neoformación epitelial cordonal constituida por células grandes de núcleos hiper cromáticos y con escasos números de figuras de mitosis. Esta neoformación se ve que infiltra el hueso (fig. 3) y se observa en el hueso junto con cordones similares a los descritos anteriormente, infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario coincidente con áreas de necrosis y secuelas de espículas óseas.

Los bordes quirúrgicos están libres de tumor.

Diagnóstico anatomopatológico : Carcinoma epidermoide que confirma la biopsia y fragmentos de hueso con osteomielitis crónica.

Los ganglios axilares una vez examinados, no presentan características tumorales.

El postoperatorio del enfermo es correcto y es dado de alta hospitalaria a las tres semanas de la intervención.

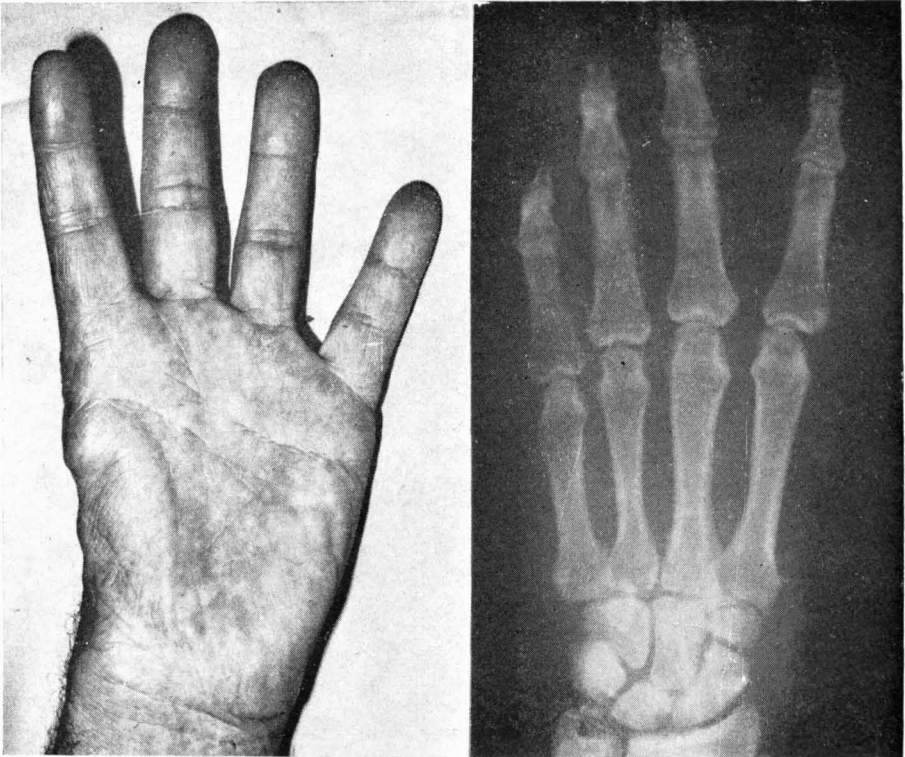


FIG. 4. — Clínica y radiología a los tres años y medio de la desarticulación.

El enfermo en la actualidad a los tres años y medio de la intervención se ha reintegrado a su trabajo en el campo y en las revisiones no presenta ninguna anormalidad clínicorradiológica.

Discusión

A) En cuanto a la recogida de datos clínicos y exploración.

Algunos comentarios deberemos hacer a la presentación de este caso; en primer lugar, llamar la atención a todos aquellos que no frecuenten las lesiones sépticas de aparato locomotor, de la presentación de estos carcinomas epidermoides por metaplasia a partir de fístulas inveteradas en las osteomielitis y osteitis crónicas, y que lo primero que deberán diferenciar es la hiperplasia pseudocarcinomatosa del verdadero carcinoma.

Las biopsias, como aconseja IZAGUIRRE, deberán tomarse siempre en profundidad, pues de lo contrario el anatomopatólogo sólo encontrará lesiones de hiperqueratosis y de inflamación crónica.

No estarán indicadas en los carcinomas de esta estirpe, para su estudio, las biopsias de medula ósea, si no existen signos objetivos del tipo de la hipercalcemia, aumento de las fosfatasas alcalinas o una reacción leucoeritroblástica en sangre periférica.

La exploración linfográfica será prueba obligada en estos casos.

La presencia de estos ganglios hipertrofos y signos de malignidad como es la rotura de la cortical o las micro y macrolagunas, aun cuando alcancen cadenas alejadas de la región, no serán contraindicación operatoria en estos casos, pues

coincidiendo con otros muchos autores (JAFÉ, SEDLIN, JHONSON, JHONSTON...), pensamos que el aumento de volumen y las imágenes pseudotumorales ganglionares, son la regla en estos casos. Sin duda esto es debido al largo proceso de supuración crónica y por tanto estas imágenes no son más que la expresión de una linfadenitis crónica.

Lógicamente el pronóstico es mejor si no hay metástasis ganglionares.

B) En cuanto al tratamiento.

En todos los casos el tratamiento será la amputación y el vaciamiento ganglionar.

Si se comprueban histológicamente las metástasis ganglionares se combinará con telecobaltoterapia.

BIBLIOGRAFÍA

- ELLMAN, L. (1976) : La biopsia de medula ósea en los linfomas, carcinomas y enfermedades granulomatosas. *Am. J. Med.* (ed. esp.). Volumen 13, núm. 1, pág. 14.
- GALINDO ANDÚJAR, E. y cols. (1974) : Malig-nización en la osteomielitis crónica fistulizada. *Fines de Semana Traumatológicas*, página 217. Madrid.
- JAFÉ, H. L. (1966) : Tumores y estados tumorales óseos y articulares. p. 480. 1.^a Ed. esp. *La Prensa Mexicana*. México.
- JHONSTON, R. M., y MILES, J. (1973) : Sarcomes arising from chronic osteomyelitis sinuses. *J. Bone Jt. Surg.*, 55-A, pág. 172.
- JHONSON, L., y KEMPSON, R. L. (1965) : Epidermoid Carcinoma in chronic osteomyelitis. Diagnostic, Problems and management. *J. Bone Jt. Surg.*, 44-A, pág. 133.
- IZAGUIRRE, P. (1965) : Carcinoma epidermoide de la tibia en cuatro casos de osteomielitis crónica. Libro Homenaje al Pfr. Sanchis Olmos, pág. 122. Editado por el Hospital Provincial de Madrid. Madrid.
- SEDLIN, E. D., y FLEMING, J. L. (1966) : Epidermoid carcinoma arising in chronic osteomyelitis faci. *J. Bone Jt. Surg.*, 45-A, página 827.