

Osteoclastoma de isquion

A. CAMPUZANO SOLOAGA y J. FERNÁNDEZ CÁMARA

RESUMEN

Se presenta un caso de osteoclastoma localizado en isquion, cuyo tratamiento realizado ha sido una resección en bloque. Si nuestra información es correcta, se trata del doceavo caso descrito en la literatura mundial.

Descriptorios: Osteoclastoma de isquion. Tumor de células gigantes de isquion.

SUMMARY

The authors presents a case of osteoclastoma of the ischium. If our information is correct, this is the twelve case described.

Key words: Giant-Cell Tumor of the Ischium. Osteoclastoma of the ischium.

Caso clínico

A. F. V., 45 años, hembra, raza blanca, casada, dedicada a su familia, asiste por primera vez a nuestra consulta el 5-4-79, manifestándonos que desde hace un año tiene dolor en región inguino-crural izquierda. En ocasiones cede con reposo, pero en los dos últimos meses las algias han aumentado con irradiación por cara anterior del muslo, llegando a la rodilla. Al subir y bajar escaleras, nota chasquidos. A la deambulación, existe claudicación.

En la exploración clínica se aprecia una limitación de la movilidad coxo-femoral izquierda en los últimos grados del recorrido con dolor en todo el trayecto. La presión resulta dolorosa en región del trocánter mayor y región isquio-pubiana, lo mismo que al intento de separación de ambas crestas ilíacas.

Radiográficamente, se visualiza en región isquiática una formación quística, multilobular, a modo de insuflación, con una cortical débil e incluso rota (fig. 1).

El examen analítico de sangre presenta una fórmula, recuento, V. S. G., calcemia, fosforemia, fosfatasas alcalinas, proteinemia total, con valores total y absolutamente normales.

Seguidamente, se le propone intervención

quirúrgica, que es aceptada y se realiza el 26-4-79. Bajo anestesia general y la enferma en posición ginecológica, se practica incisión siguiendo el trayecto de la rama isquiática.

Con elevador de periostio y a punta de tijera desinsertamos, en cara externa de la rama descendente o tuberosidad isquiática: *semimembranosus*, *semitendinosus* y porción larga del *biceps femoris*; a continuación, de la rama ascendente: *quadratus femoris*, *obturatorius externus*, *adductor magnus*, *adductor brevis* y *rectus medialis*. En cara interna, *obturatorius internus*, *transversus perinei superficialis* e *ischio-cavernosus* de la rama ascendente.

Durante la fase de desinserción muscular se aprecia que la cortical ósea se rompe fácilmente, por ello, con una cizalla resecamos a nivel de la unión de la rama ascendente del isquión con pubis y a nivel de la unión de la rama descendente con el ilion. La masa extirpada es relativamente blanda al tacto. La sutura de los músculos de la cara interna con la cara externa la realizamos con catgut y la piel con seda.

Estudio anatomopatológico (realizado por profesor doctor Aguirre Viani).

Descripción macroscópica: Una pieza irre-

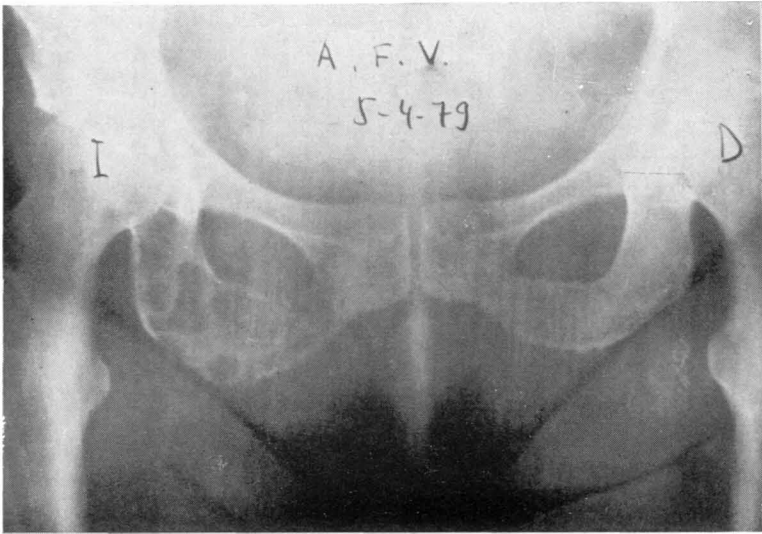
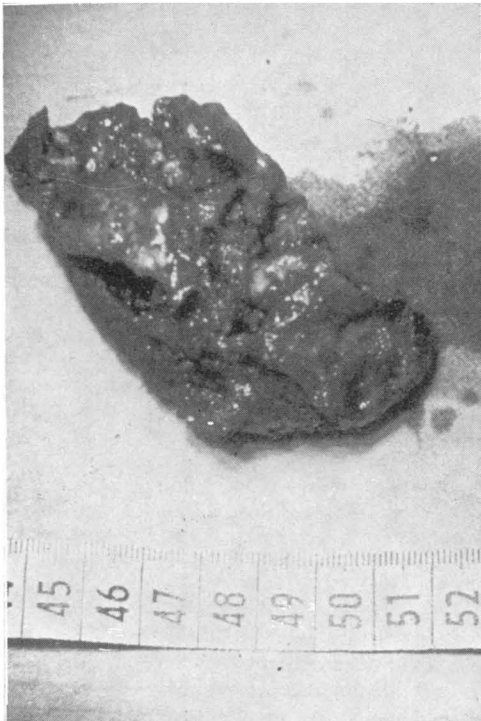


FIG. 1. — Radiografía preoperatoria en la cual se aprecia la formación poliquística, multilobular en isquion izquierdo.



gular que mide $4 \times 4 \times 4$ cm y unas piezas menores, que pesan en conjunto 4 g. Al corte, consistencia blanda, con zonas amarillas (figura 2).

Descripción microscópica: La pieza está revestida por un periostio, que no presenta modificaciones, apareciendo en continuidad con hueso laminar que está siendo reemplazado por un tejido constituido por células de aspecto fusiforme, con núcleo ovoide y nucléolo visible. Estas células se disponen en haces con orientaciones variables. Entre ellos aparecen células gigantes, algunas con tres núcleos y otras, con más de treinta. El estroma está constituido por fibrillas colágenas y reticulares y numerosos vasos, algunos de ellos de calibre amplio. Se observan también, fenómenos de osteogénesis en diferentes áreas (fig. 3).

Diagnóstico anatomopatológico: *Osteoclastoma*.

Resultado: Las revisiones periódicas postoperatorias han sido efectuadas bimensualmente; practicanse sistemáticamente controles radiográficos y analíticos de san-

FIG. 2. — Pieza quirúrgica.

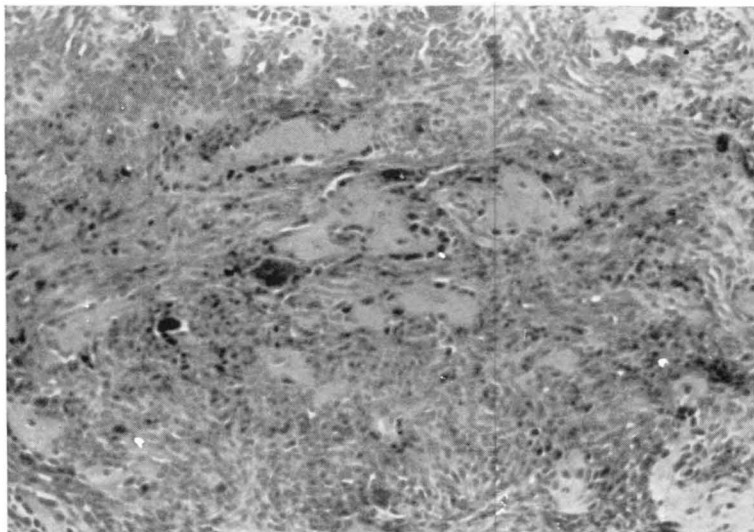


FIG. 3. — Formación de trabéculas óseas sobre un estroma fibroso con células gigantes, cuya abundancia varía en los cortes de la pieza.

gre, siendo totalmente normales. Clínicamente, a destacar, dolor a la sedestación prolongada. Como a los diez meses de la intervención quirúrgica, persiste dicho dolor e incluso a la palpación en el trayecto ciático izquierdo, con reflejos subrotuliano y aquileo iguales y pensando en la existencia de un englobamiento parcial del nervio ciático a nivel de la fibrosis cicatricial, se realiza un estudio electromiográfico y electroneurográfico.

Ese estudio E. M. G. y E. N. G., en su impresión diagnóstica, nos dice que no hay afectación periférica del nervio ciático en el momento de su realización.

Sin embargo, a través de la clínica, pensamos en que sí existe una compresión fibrocicatricial del nervio a nivel de la incisión.

En la última revisión realizada a los quince meses, clínicamente existe una atrofia-laxitud severa de la región glútea izquierda y región posterior del muslo, en parte debido a la falta de apoyo óseo de las masas musculares.

El último control radiográfico nos muestra la imagen de la figura 4.



FIG. 4. — Radiografía postoperatoria realizada a los quince meses.

Discusión

El tumor de células gigantes u osteoclastoma es raro de por sí, pero localizado en isquion, después de revisar la literatura mundial sobre el tema, lo es más aún.

DAHLIN y cols. (1970) de la Mayo Clinic (1), hace una revisión de 197 tumores de células gigantes, localizados en 195 pacientes, recogiendo, solamente un caso de esta localización.

GOLDENBERG y cols. (1970), hace un estudio de 222 tumores de 218 pacientes (2), recogiendo un solo caso de la localización que nos ocupa, al cual siguió durante dos años, sin recidiva, con alivio y buen resultado. No se le radió.

KURITZKY y cols. (1977) aporta un solo caso y hace revisión de la literatura en habla inglesa (4), encontrando en total 5 casos más.

SIM y cols. (1977), revisa 11 casos multifocales (5), recogiendo uno con localización isquiática y a la vez en cuerpo vertebral de C-3, habiéndose practicado una resección de isquion y una fusión anterior vertebral, respectivamente; con alivio y no evidencia de metástasis diez meses después.

HUVOS (1979), realiza una revisión de 265 tumores de este tipo tratados en el

Memorial Hospital (3), recogiendo 4 casos de esta localización.

Por tanto, el caso presentado por nosotros es el doceavo de los publicados hasta la fecha en la literatura mundial y el primero en nuestro país.

El tratamiento de elección, sin lugar a dudas, debe ser siempre quirúrgico, reseccando en bloque la tumoración, ya que da mejores resultados y menor posibilidad de recidiva. La irradiación del tumor da peores resultados, con la posibilidad de degeneración sarcomatosa.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 DAHLIN, D. C.; CUPPS, R. E., y JOHNSON, JR., E. W. (1970): Giant Cell Tumor: A Study of 195 cases. *Cáncer*, 25, 5, 1.061-1.070.
- 2 GOLDENBERG, R. R.; CAMPBELL, C. J., y BONFIGLIO, M. (1970): Giant-Cell Tumor of Bone. *J. Bone Jt. Surg.*, 52-A, 4, 619-664.
- 3 HUVOS, A. G. (1979): Giant Cell Tumor of Bone in A. G. Huvos. *Bone Tumors. Diagnosis, Treatment and Prognosis*. 1.^a ed. Philadelphia/London/Toronto. W. B. Saunders Company, pp. 265-291.
- 4 KURITZKY, A. S. y JOYCE, S. T. (1977): Giant Cell Tumor in the Ischium: A Therapeutic Dilema. *J. Amer. Med. Ass.*, 238, 22, 2.392-2.394.
- 5 SIM, F. H.; DAHLIN, D. C., y BEABOUT, J. W. (1977): Multicentric giant-cell tumor of bone. *J. Bone Jt. Surg.*, 59-A, 8, 1.052-1.064.