

Tumoración osteolítica rápidamente agresiva en calcáneo

Alejandro Herrera Rodríguez, Mario U. Herrera Pérez, Diego A. Rendón Díaz, Jorge Ojeda Jiménez, Javier Álvarez De La Cruz

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología Hospital Universitario de Canarias

INTRODUCCIÓN

Mujer de 42 años sin AP remitida por tumefacción dolorosa del retropié de 2 meses de evolución que impide el apoyo y la marcha, sin traumatismo ni otros antecedentes. Tumefacción del talón y limitación dolorosa de movilidad de la subastragalina. Radiológicamente (*Fig. 1*) lesión lítica multiloculada del calcáneo izquierdo. La RMN (*Figs. 2 y 3*) tumoración ósea destructiva de toda la superficie del calcáneo con masa de partes blandas acompañante; el TAC (*Fig. 4*) muestra lesión osteolítica trabeculada en todo el calcáneo que rompe la cortical del mismo en algunos puntos. Se realiza biopsia tru-cut que determina la presencia de un Tumor de Células Gigantes óseo (TCG óseo) con cambios tipo quiste óseo aneurismático. Oncología Médica inicia Denosumab 120 mg subcutáneo neoadyuvante a la cirugía los días 1, 8, 15 y 28 con posterior repetición c/28 días. A los 6 meses había disminuido la tumefacción además de RMN con casi desaparición de masa de partes blandas y mayor osificación. En ese momento se realiza la cirugía mediante curetaje, peroxidación y fresado de la lesión con posterior relleno del defecto con cemento. Se mantuvo Denosumab 6 dosis más tras la cirugía.

RESULTADOS

Tras 7 años de seguimiento la paciente presenta clínica degenerativa con dolor de características mecánicas en relación a artrosis subastragalina y calcáneo-cuboidea, sin signos clínicos ni por imagen de recidiva (*Fig. 5*). Último estudio de extensión por Oncología negativo para enfermedad a distancia.

DISCUSIÓN

El TCG supone el 5-6% de los tumores óseos primarios, típicamente en huesos largos, y supone el 1,2% de los tumores calcáneos. Son benignos pero localmente agresivos, rara vez malignizan y recurren el 25%. Cursan con dolor, inflamación y dificultad para cargar peso. Radiológicamente es una lesión geográfica lítica excéntrica con márgenes no escleróticos y bien definidos. Compuesto por una población celular estromal y otra multinucleada similar a los osteoclastos, donde se destaca la interacción RANK-RANKL. El tratamiento es la cirugía con curetaje. Las terapias adyuvantes permiten disminuir las recurrencias (fenol/alcohol, nitrógeno líquido, H₂O₂). Destaca el uso del denosumab (anticuerpo monoclonal) que inhibe el RANKL, lo que evita la formación y activación de los osteoclastos y provoca una disminución de la resorción ósea en el hueso cortical y trabecular (reduce el tamaño tumoral, las recidivas y mejorar la reserva ósea preqx)

CONCLUSIÓN

El TCG es un tumor benigno con comportamiento local agresivo y tendencia a recidivar. Es posible la preservación del miembro mediante terapia adyuvante (denosumab pre y postquirúrgico) y curetaje intralesional. Mostramos nuestra experiencia con este tratamiento descrito en un caso de intensa destrucción ósea con buen resultado local y sin signos de recidiva tras 7 años de evolución.

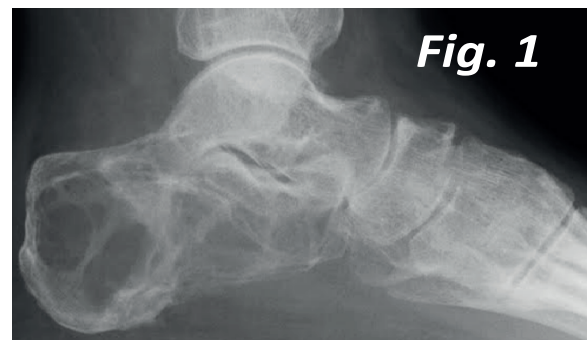


Fig. 1

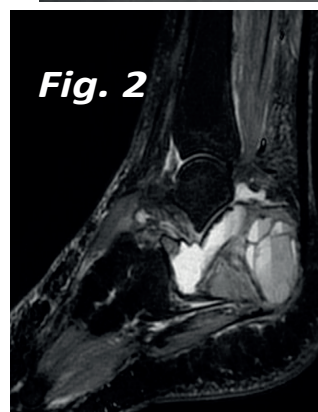


Fig. 2



Fig. 3

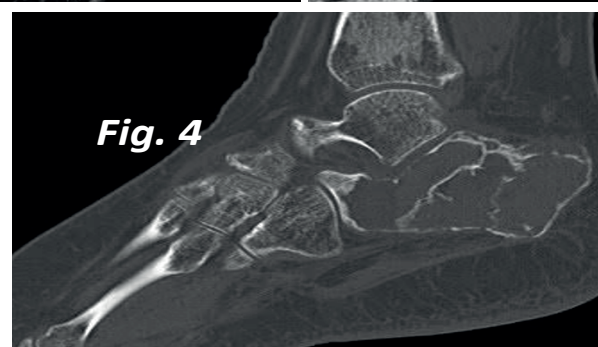


Fig. 4



Fig. 5