

A VECES EL OJO CLÍNICO ES MÁS IMPORTANTE QUE LA ANATOMÍA PATOLÓGICA

GABRIEL CILLER GONZÁLEZ; ISABEL PALACIOS DUCH; ELENA MANRIQUE GAMO; JAVIER BUENDÍA PÉREZ ROBERTO CARLOS GARCÍA MAROTO
UNIDAD DE TRAUMATOLOGÍA ONCOLÓGICA - HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS

OBJETIVO

Presentar dos casos de pacientes con patología sospechosa de sarcoma en los que la biopsia diagnosticó lesión benigna y tras cirugía radical por elevada sospecha clínica de malignidad, el análisis de la pieza de resección supuso cambio en el diagnóstico histopatológico inicial.

MATERIAL Y MÉTODOS (SITUACIÓN CLÍNICA)

Caso 1: paciente de 46 años con tumoración en región pretibial izquierda. Los estudios de imagen evidenciaban una lesión en cara anterior del tercio proximal de tibia con crecimiento hacia los tejidos circundantes. Se realizó biopsia abierta y el estudio histopatológico planteó diagnóstico diferencial entre callo de fractura y osteoblastoma.

Caso 2: paciente de 21 años con tumoración en compartimento posterior del muslo izquierdo intervenida en su país de origen en dos ocasiones, la primera tras el diagnóstico y a los tres años por recidiva local. En ambas ocasiones se realizó exéresis marginal y el diagnóstico histopatológico fue de displasia fibrosa. Seis años después de la cirugía inicial valoramos a la paciente por sospecha de nueva recidiva. El estudio de imagen reveló una tumoración heterogénea con características de agresividad sugerente de osteosarcoma. La biopsia aguja gruesa, con diagnóstico histopatológico de displasia fibrosa.

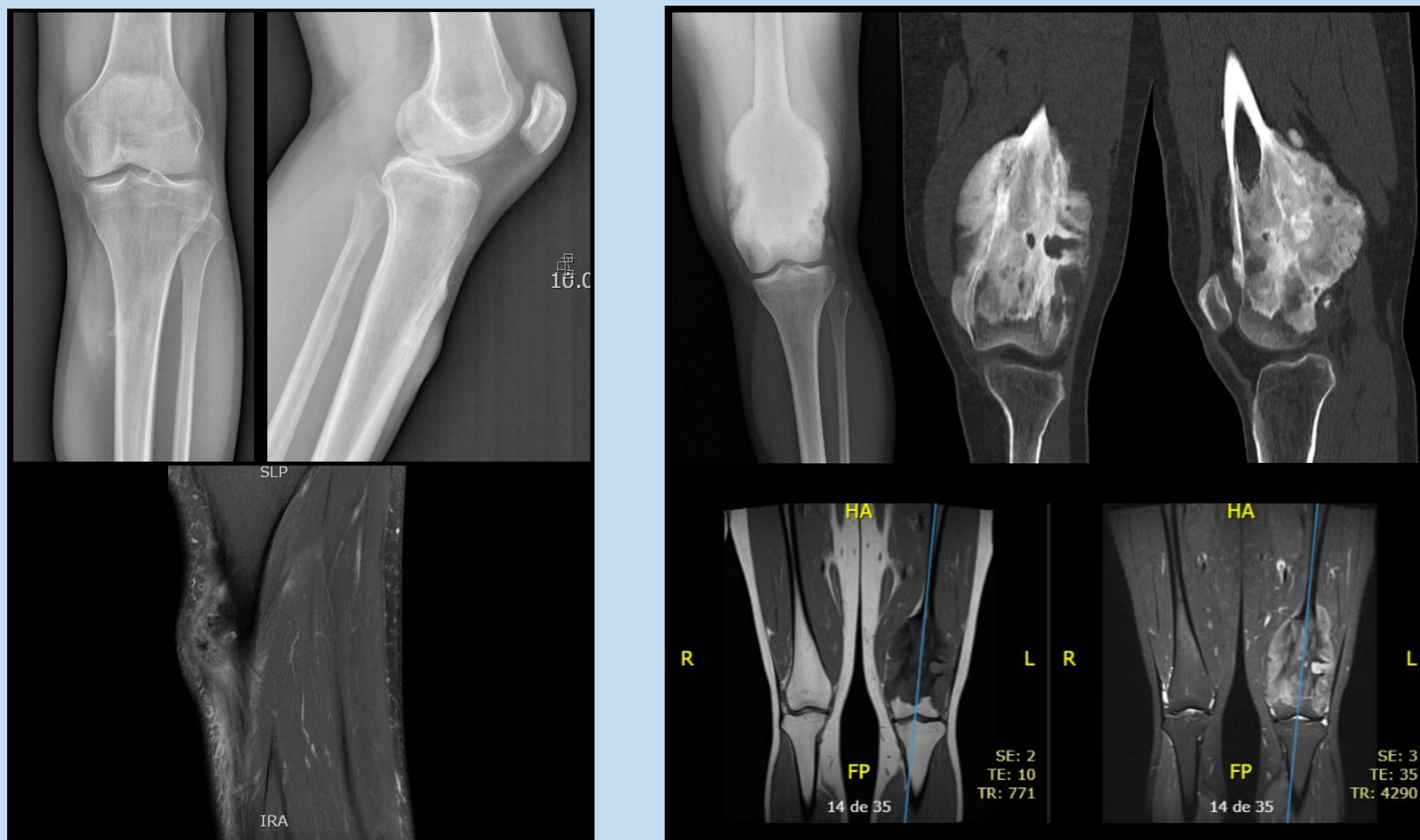


Figura 1. Imágenes diagnósticas. A la izquierda radiografía simple y RMN del Caso 1 (sugerenes de osteosarcoma paraostal pero con diagnóstico tras biopsia de callo de fractura). A la derecha: imágenes de radiografía simple, TC y RMN del Caso 2 (sugerenes de osteosarcoma, con diagnóstico anatomopatológico tras biopsia de displasia fibrosa).

RESULTADOS (TRATAMIENTO)

Ambos casos fueron presentados en Comité Multidisciplinar y ante sospecha clínica de malignidad se decidió tratamiento quirúrgico agresivo.

Caso 1: exéresis amplia y reconstrucción mediante aloinjerto estructural de fémur y autoinjerto de peroné vascularizado ipsilateral según técnica de Capanna. En el estudio histopatológico de la pieza de resección se observó un osteosarcoma de superficie de alto grado.

Caso 2: resección amplia de fémur distal y reconstrucción con megaprótesis de rodilla. El estudio histopatológico final de osteosarcoma central de bajo grado.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico y tratamiento de los sarcomas es un proceso complejo, es imprescindible el manejo de estos pacientes de forma multidisciplinar para analizar en detalle los datos clínicos y de pruebas diagnósticas para tomar la decisión terapéutica mas adecuada. En casos con incongruencia en los hallazgos de imagen e histopatológicos, la sospecha clínica de un equipo experimentado permite abordar cada caso de forma óptima, mejorando la supervivencia y los resultados funcionales de los pacientes.

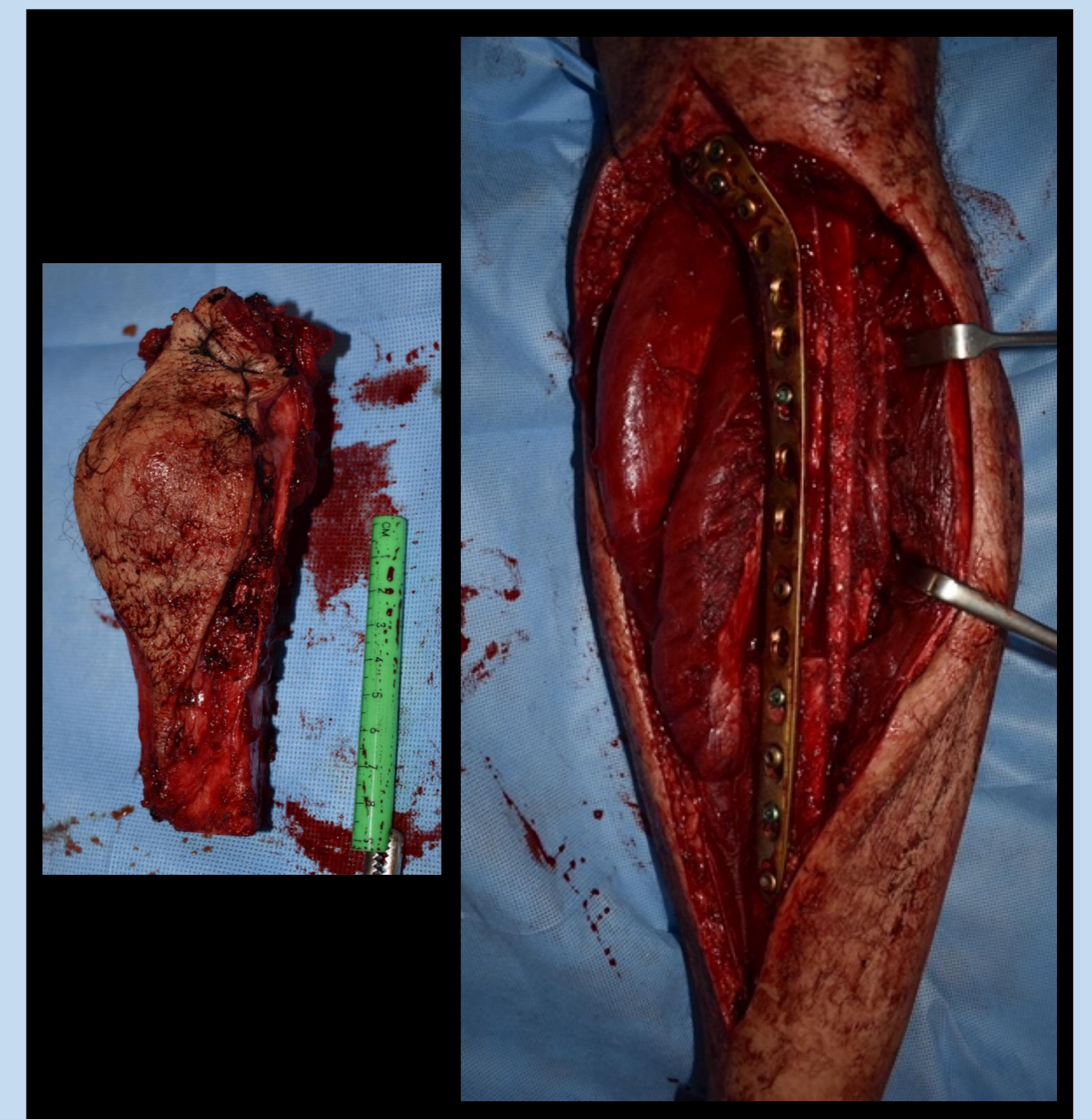


Figura 2. Imágenes quirúrgicas del Caso 2. A la izquierda pieza de resección. A la derecha reconstrucción con aloinjerto estructural + autinjerto de peroné vascularizado.



Figura 3. Imágenes radiográficas tras la reconstrucción. A la izquierda Caso 1 con injertos y placa LISS de tibia. A la derecha Caso 2 con megaprótesis de rodilla