

RESECCIÓN Y RECONSTRUCCIÓN DE METÁSTASIS ÓSEA EN HUESO ILÍACO

Autores: Alvarez Soler, Borja*¹; Plaza Cardenete, Marta¹; Sarasa Roca, Marta¹; Gómez Vallejo, Jesús¹; Albareda Albareda, Jorge¹.

¹Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Avda. San Juan Bosco, 15, 50009 Zaragoza. *Contacto: balvarezsoler@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El carcinoma renal es uno de los cánceres más frecuentes, siendo el carcinoma renal de células claras (CRCC) el más común. Aproximadamente un 30% de los pacientes presentan diseminación en el diagnóstico inicial, siendo muy frecuentes las óseas en vértebras y pelvis. Su presencia tiene un impacto negativo en la supervivencia general y en la libre de progresión de enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 58 años de edad con diagnóstico de CRCC estadio IV que fue tratado con nefrectomía radical y quimioterapia (QT) adyuvante. Presentaba coxalgia derecha en reposo que se intensificaba con la deambulación. En el estudio de imagen, se evidenció una lesión lítica hiperinsuflante en hueso ilíaco derecho de 9x6cm ubicado en las regiones 1 y 2 según la **clasificación de Enneking**.



Imágenes preoperatorias: A. Rx simple de pelvis. B. Corte axial de TC

RESULTADOS

El paciente se intervino, llevándose a cabo una resección de la lesión con ampliación de márgenes hasta obtener biopsia anatomopatológica negativa. Posteriormente, se llevó a cabo una reconstrucción con injerto estructura lde cadáver, con fijación a hueso nativo mediante dos tornillos de cortical y placa LCP conformada. La evolución del paciente fue buena, con recuperación clínica y funcional completa.



Fotografías intraoperatorias. A: Resección de lesión mtz. B: Fijación de aloinjerto estructural con placa LCP



Imágenes postoperatorias. A: Rx simple de pelvis AP. B: Corte axial de TC

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los pacientes con metástasis óseas solitarias de un tumor primario tienen mejor pronóstico que las metástasis múltiples o las ubicadas en otras localizaciones, con una supervivencia a los 5 años de entre el 60%. Para considerar una resección quirúrgica, es imprescindible que el tumor primario este tratado, así como un estudio de extensión exhaustivo. En nuestro caso, fue necesaria una reconstrucción por el riesgo de compromiso de la estabilidad del anillo pélvico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fottner A, Szalantzy M, Wirthmann L, Stähler M, Baur-Melnyk A, Jansson V, et al. Bone metastases from renal cell carcinoma: patient survival after surgical treatment. BMC Musculoskelet Disord. 3 de julio de 2010;11:145.
2. Ruatta F, Derosa L, Escudier B, Colomba E, Guida A, Baciarello G, et al. Prognosis of renal cell carcinoma with bone metastases: Experience from a large cancer centre. European Journal of Cancer. enero de 2019;107:79-85.
3. Jung ST, Ghert MA, Harrelson JM, Scully SP. Treatment of Osseous Metastases in Patients With Renal Cell Carcinoma: Clinical Orthopaedics and Related Research. abril de 2003;409:223-31.
4. Dabestani S, Marconi L, Hofmann F, Stewart F, Lam TBL, Canfield SE, et al. Local treatments for metastases of renal cell carcinoma: a systematic review. Lancet Oncol. noviembre de 2014;15(12):e549-561.
5. Müller DA, Capanna R. The Surgical Treatment of Pelvic Bone Metastases. Adv Orthop [Internet]. 2015 [citado 6 de mayo de 2020];2015. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4355119/>