

# ¿Y qué pasa cuando una prótesis tumoral empieza a doler? A propósito de un caso.

Arribas Pinillos C.; Juan Mangas F.; Bezos Cuaresma A.; Díez Romero L.J.; Casas Ramos P.

## INTRODUCCIÓN

El tratamiento de los tumores óseos primarios a nivel de la rodilla ha avanzado mucho en los últimos años, siendo el uso de prótesis tumorales un gran avance, pues permiten conservar la extremidad, sin disminuir la supervivencia.

## OBJETIVOS

Presentar un caso de movilización de prótesis tumoral de rodilla, en paciente con osteosarcoma de fémur distal.

## MATERIAL Y METODOLOGÍA

Mujer de 42 años diagnosticada de Osteosarcoma Condroblástico en extremidad distal de fémur derecho es intervenida en 2017 realizándose una resección extraarticular derecha con márgenes mayores de 5cm junto con reconstrucción con prótesis tumoral de rodilla.

Tras 4 años de seguimiento asintomática, acude a Consulta por dolor en ingle, irradiado a muslo derecho de meses de evolución tras traumatismo mínimo, que no cede con analgesia. Ante las diferentes posibilidades diagnósticas, se decide ingreso para estudio.

Se solicitan nuevas radiografías de la rodilla y fémur, sin alteraciones óseas o signos de fracaso protésico. Se decide ampliar con TAC, ante la imposibilidad de realizar una nueva RMN por artefactación de la prótesis, informado como no progresión de la enfermedad, apreciándose colección en cara interna del tercio distal del muslo y probable esquirla ósea asociada, compatible con aflojamiento. Se solicita gammagrafía ósea para ampliar estudio: posible fractura de stress vs movilización de la prótesis, y estudio de extensión, que resultó negativo. un TAC donde no se evidencia progresión tumoral. Concordando todo ello con posible aflojamiento protésico, sin signos de infección (marcadores negativos).

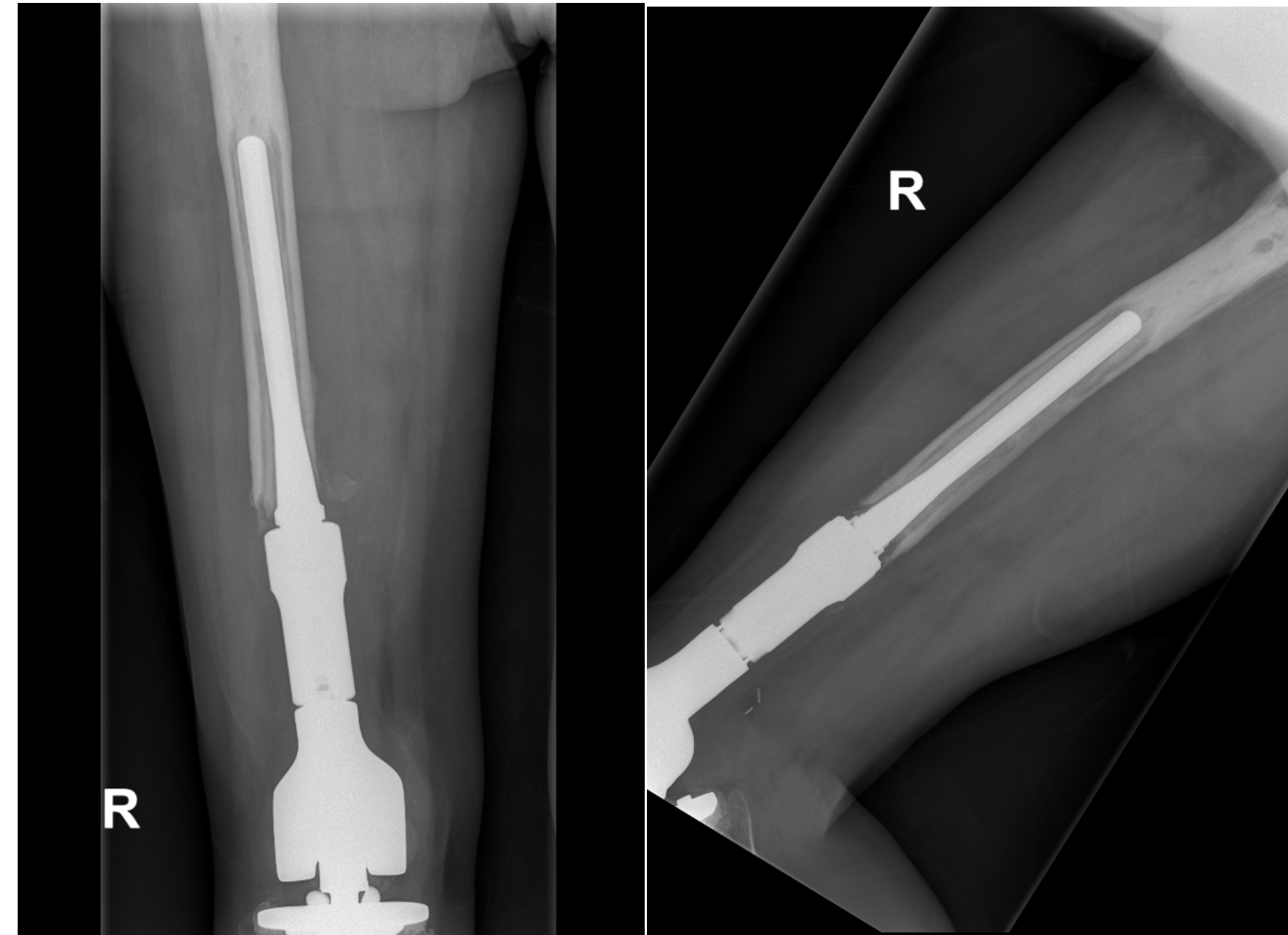


Fig 1 y 2. Radiografías AP y lateral de la prótesis tumoral



Fig 3. Imagen de TAC corte coronal

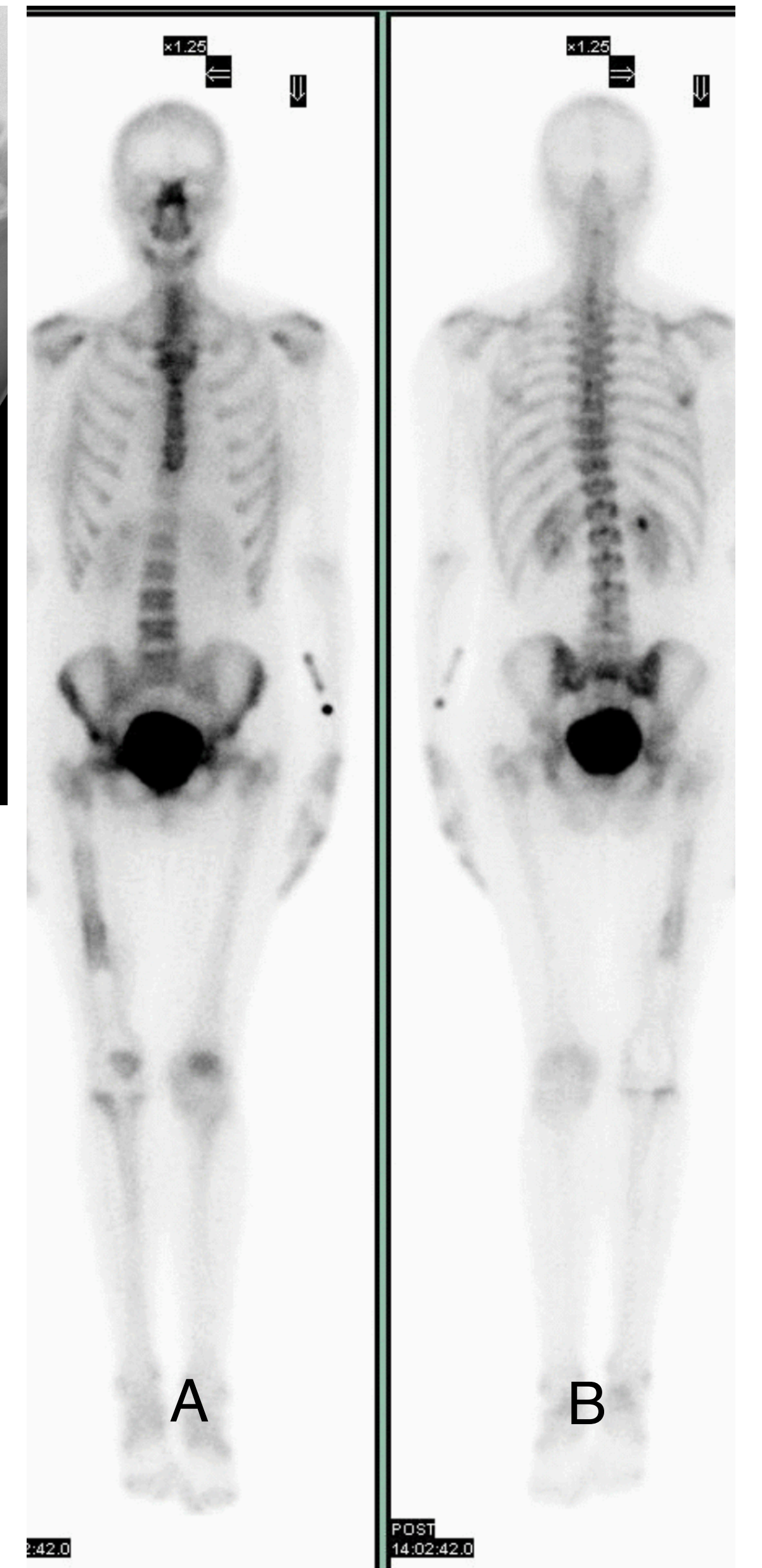


Fig 4. Gammagrafía ósea: A. Anterior, B. Posterior

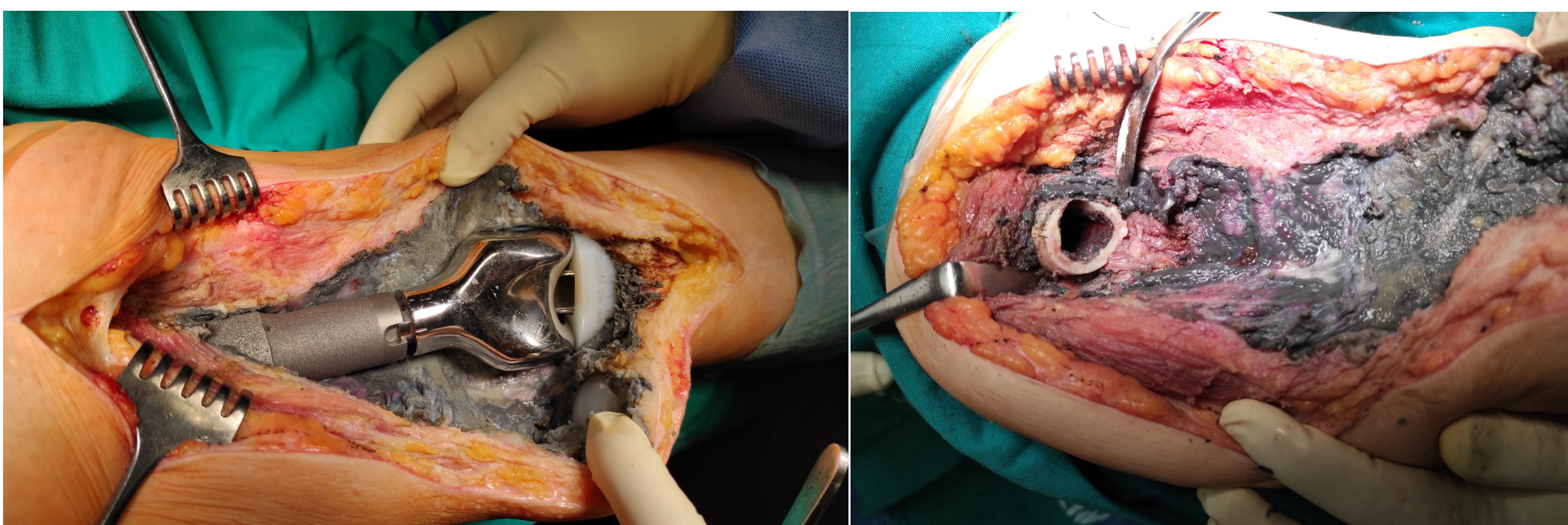


Fig 5 y 6. Imágenes intraoperatorias

Se decide IQ de revisión de los componentes de la prótesis tumoral, objetivándose una importante metalosis así como movilización del componente femoral, pero no del tibial. Se procede al recambio del vástago femoral por uno de mayor tamaño y grosor, junto con los componentes móviles. Se reseca hueso no viable, mandándose muestras a Anatomía Patológica, donde se descarta recidiva tumoral.

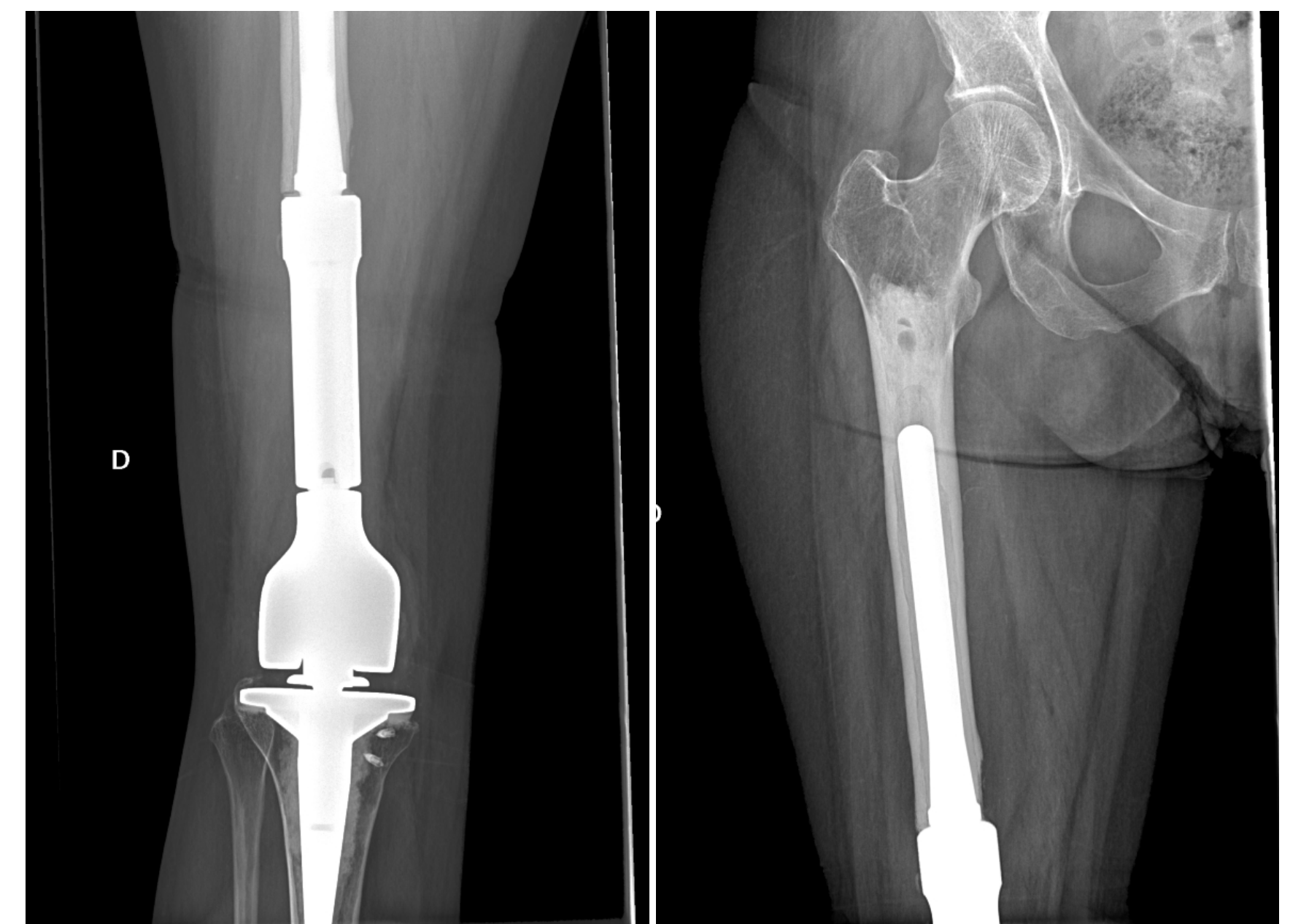


Fig 7 y 8. Radiografías actuales postcirugía

## RESULTADOS

Al año de seguimiento del recambio y 5 de la cirugía de resección tumoral, se continúan con controles clínico- radiológicos, la paciente está asintomática, caminando sin ayuda de bastones y sin necesidad de analgesia y sin nuevos signos de aflojamiento, ni progresión tumoral.

## CONCLUSIONES

Ante dolor de nueva aparición en una prótesis tumoral, debemos hacer pruebas complementarias, incluyendo radiografías, RMN, TAC y gammagrafía, que descarten recidiva. En caso de aflojamiento protésico, en necesaria planificar correctamente la cirugía, contando con los implantes necesarios, y teniendo en cuenta la posibilidad de necesitar injertos óseos.