



## ORIGINAL

# Tumor de células gigantes óseo. Noventa y siete casos con seguimiento medio de 12 años



F. Abat<sup>a</sup>, M. Almenara<sup>a</sup>, A. Peiró<sup>a,\*</sup>, L. Trullols<sup>a</sup>, S. Bagué<sup>b</sup> e I. Gràcia<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

<sup>b</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 13 de octubre de 2013; aceptado el 26 de junio de 2014

Disponible en Internet el 21 de agosto de 2014

### PALABRAS CLAVE

Tumor de células gigantes óseo;  
Recurrencia;  
Legrado;  
Tratamiento

### Resumen

**Objetivo:** Describir una serie de tumores óseos de células gigantes con largo seguimiento, mostrando los resultados obtenidos con nuestro protocolo terapéutico.

**Material y método:** Entre 1982-2009, 97 pacientes con lesiones histológicamente confirmadas como tumores óseos de células gigantes fueron tratados en nuestro centro con un seguimiento medio de 12 años (2-27 años). El tratamiento recibido lo determinó la clasificación de Campanacci. La serie la formaron 53 mujeres (54,6%) y 44 hombres (54,4%) con una edad media de 34,16 años (15-71 años). Los datos recogidos se centraron en la presentación clínica, localización, estadio, extensión, recurrencias y complicaciones.

**Resultados:** El tratamiento más utilizado en los estadios I y II de Campanacci fue escisión intralesional con fresado a alta velocidad y rellenado con injerto homólogo, mientras que en los estadios III que no podían ser tratados con este método se abogó por la resección en bloque. Se halló una recurrencias global del 25,8%. Siete casos (7,2%) presentaron malignización. La tasa de exitus fue del 2,1% (2 casos).

**Conclusión:** La opción terapéutica presentada para los tumores óseos de células gigantes que consiste en legrado con fresado a alta velocidad y aporte de injerto óseo en los grados I y II de Campanacci obtiene resultados comparables con literatura actual. Los tumores de grado III, que no pueden ser tratados con la opción terapéutica mencionada anteriormente, requieren resección en bloque y reconstrucción posterior.

© 2013 SECOT. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [apeiro@santpau.cat](mailto:apeiro@santpau.cat) (A. Peiró).

**KEYWORDS**

Giant cell tumour of bone;  
Recurrence;  
Curettage;  
Treatment

**Giant cell tumour of bone: A series of 97 cases with a mean follow-up of 12 years****Abstract**

**Purpose:** To describe our series of patients with giant cell tumour of bone with a long-term follow-up to show the results obtained with our treatment protocol.

**Material and methods:** A total of 97 histologically confirmed giant cell tumour of bone were treated in our center between 1982 and 2009. The mean follow-up period was 12 years (2-27 years). The treatment received was determined by the radiological grade based on the Campanacci classification. The series consisted of 53 women (54.6%) and 44 men (54.4%) with a median age of 34.16 years (15-71 years). The data collected was focused on the clinical presentation, location, phase, extension, recurrences, and complications.

**Results:** The treatment most used in Campanacci grades I and II was intralesional excision with high velocity drilling and filling with a graft. In grades III that could not be treated with the aforementioned method, it was decided to perform *en bloc* resection. An overall recurrence rate of around 25.8% was observed. Seven cases (7.2%) presented with a recurrence of the malignancy. The death rate at the end of follow-up was 2.1% (2 cases).

**Conclusions:** Curettage with a high-velocity drill and a bone graft in giant cell tumour of bone Campanacci grades I and II obtain good results after long-term follow-up. Some grade III giant cell tumour of bone that cannot be treated with this therapeutic option require *en bloc* resection and reconstruction.

© 2013 SECOT. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

**Introducción**

El tumor de células gigantes óseo (TCGO) representa entre el 3% y el 5% de los tumores óseos primarios y el 20% de los tumores óseos benignos<sup>1</sup>. Fue histológicamente clasificado por Jaffe et al.<sup>2</sup> y radiológicamente por Campanacci<sup>3</sup>. Se presenta principalmente en pacientes entre la segunda y cuarta década de vida, normalmente en la epífisis de huesos largos con un comportamiento localmente agresivo y una evolución clínica de difícil predicción<sup>4</sup>.

En la exploración radiológica se objetiva una lesión lítica metafisoepifisaria excéntrica de patrón geográfico. El aspecto de los bordes de la tumoración puede variar desde un margen bien definido con ribete escleroso, hasta unos bordes mal definidos que adelgazan y destruyen la cortical hasta romperla.

El tratamiento quirúrgico es necesario y controvertido ya que existen diferentes opciones quirúrgicas. Por ello, se recomienda clasificar mediante estudio radiológico los tumores según los grados de Campanacci<sup>3</sup>; tratando así los de grado I o II mediante resección intralesional por legrado con fresado a alta velocidad y aporte de injerto y/o cemento. En los de grado III, con importante destrucción cortical, se recomienda realizar resección en bloque con reconstrucción (injerto osteoarticular o megaprotésis) si la localización lo precisa.

El propósito de esta revisión fue describir una serie de TCGO con un largo seguimiento, mostrando los resultados obtenidos con un consensuado protocolo de tratamiento.

**Material y método**

De los registros clínicos del Hospital Universitario de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona se realizó un estudio retrospectivo de una serie de casos tratados entre septiembre

de 1982 y abril de 2009. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico confirmado anatomopatológicamente de TCGO y se excluyeron aquellos en los que los registros clínicos no fueran completos. Un cirujano ortopédico oncológico conjuntamente con un radiólogo especializado en sistema musculoesquelético realizaron el análisis de todos los casos. Estos datos se centraron en la presentación clínica, localización, clasificación, extensión, recurrencias, complicaciones y evolución.

Se analizaron 97 pacientes con un seguimiento medio de 12 años (2 a 27 años). La serie la formaron 53 mujeres (54,6%) y 44 hombres (45,4%) con una edad media al diagnóstico de 34,16 años (15 a 71 años). Todos los pacientes fueron estudiados con radiografías simples y estratificados según la clasificación de Campanacci<sup>3</sup>, encontrando 15 casos (15,5%) grado I, 70 (72,1%) grado II y 12 (12,4%) grado III (tabla 1). La localización fue la que se describe en la figura 1. La presentación clínica inicial fue dolor en 85 pacientes (87,6%), fractura patológica en 3 casos (3,1%), masa indolora en 2 casos (2,1%) y como un hallazgo casual en 7 casos (7,2%). El tratamiento quirúrgico de los TCGO primarios fue legrado en 71 casos (73,2%) en los estadios I y II de Campanacci; y 26 resecciones en bloque (26,8%) en los estadios III o cuando se estimó que el legrado era técnicamente imposible.

El defecto óseo resultante del legrado se rellenó con injerto esponjoso homólogo en 61 casos (85,9%) y autógeno en 10 casos (14,1%). El resultante de la resección en bloque se reconstruyó en 3 casos con injerto estructural (11,5%), en 5 con homoinjerto esponjoso (19,2%) y en 2 con autoinjerto (7,8%), pues los 16 restantes (61,5%) no lo requirieron. Cincuenta y ocho (59,8%) pacientes no necesitaron osteosíntesis adicional ni reconstrucción protésica, 28 (28,9%) precisaron osteosíntesis mediante placas y tornillos y 11 (11,3%) la colocación de una prótesis de reconstrucción.

Las técnicas de legrado (fig. 2) y resección en bloque (fig. 3) siguieron las normas generales de patología

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4086332>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4086332>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)