



ORIGINAL

Biopsia guiada por TC de tumores sacros agresivos. ¿Es siempre diagnóstica?

J.F. Molina Granados^{a,*}, R. Oteros Fernández^b, D. López Ruiz^b,
F. Delgado Acosta^b y A. Cano Sánchez^b

^aUnidad Central de Radiodiagnóstico, Hospital del Sureste, Arganda del Rey, Madrid, España

^bServicio de Radiología, Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, Córdoba, España

Recibido el 26 de agosto de 2009; aceptado el 18 de febrero de 2010

Disponible en Internet el 22 de abril de 2010

PALABRAS CLAVE

Biopsia;
Aguja;
Sacro;
Neoplasias óseas

Resumen

Objetivos: Presentar una serie de 8 casos de tumores sacros infrecuentes, que representan un amplio espectro de la patología agresiva que asienta en este hueso y discutir la eficacia de la técnica de biopsia guiada por TC.

Material y métodos: Se revisó retrospectivamente a todos los pacientes con tumoraciones sacras a los que se hizo biopsia guiada por TC en nuestro servicio, durante los últimos 2 años. Antes de realizar la biopsia, se analizaron las imágenes previas de TC y RM para dirigir correctamente la biopsia. Se realizó una TC dirigida a la lesión con cortes de 3 mm, para determinar la localización de la zona diana y el trayecto de la aguja. Se utilizó en todos los casos aguja de 11 G y aguja coaxial de 15 G.

Resultados: Se biopsiaron 8 lesiones sacras, de las cuales, en 4 se consiguió el diagnóstico con biopsia guiada con TC. En 3 de ellas solo fue necesaria una sesión, con los diagnósticos de cordoma, plasmocitoma y metástasis de melanoma, mientras que en otro caso se tuvieron que realizar 3 sesiones, llegando al diagnóstico de sarcoma de Ewing. En los otros 4 casos fue necesaria la biopsia quirúrgica por distintos motivos. En ellos los diagnósticos definitivos fueron condrosarcoma, granuloma eosinófilo y en 2 pacientes linfoma óseo primario. La eficacia diagnóstica de la técnica fue del 36%.

Conclusión: Nuestros resultados sugieren que la biopsia guiada por TC es menos útil en la caracterización de tumores primarios que en metástasis, siendo especialmente complicado el diagnóstico de linfomas óseos primarios. La repetición del procedimiento tras resultados no diagnósticos, probablemente no aporte información adicional, por lo que es recomendable recurrir a biopsia quirúrgica.

© 2009 SERAM. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: femogramanti@hotmail.com (J.F. Molina Granados).

KEYWORDS

Biopsy;
Needle;
Sacrum;
Bone Neoplasms

Is CT-guided biopsy of aggressive sacral tumors always able to reach a diagnosis?**Abstract**

Objectives: To present a series of eight cases of rare sacral tumors that represent a wide spectrum of the aggressive disease involving the sacrum and to discuss the efficacy of CT-guided biopsy in these cases.

Material and methods: We reviewed all cases of sacral tumors biopsied under CT guidance in the last two years. Prior CT and MR images were analyzed before biopsy, and 3 mm CT slices of the lesion were obtained to determine the location of the target area and the path of the needle. All biopsies were performed using 11 G needles and 15 G coaxial needles.

Results: Eight sacral lesions were biopsied under CT guidance, and a diagnosis was reached in four. In three of these, the diagnosis (chordoma, plasmocytoma, and metastasis from melanoma) was reached in a single session. In the fourth case, three sessions were necessary to reach the diagnosis of Ewing's sarcoma. For various reasons, the remaining four cases required surgical biopsy to reach the diagnoses of chondrosarcoma, eosinophilic granuloma, and primary bone lymphoma in two patients. The diagnostic efficacy of CT-guided biopsy was 36%.

Conclusion: Our results suggest that CT-guided biopsy is less useful in the characterization of primary tumors than in metastases. The diagnosis of primary bone lymphomas is especially complicated. Repeating the procedure after inconclusive results probably will not provide additional information, and it is recommendable to perform surgical biopsy in these cases.

© 2009 SERAM. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La aparición de neoplasias primarias en el hueso sacro es excepcional. Las neoplasias más frecuentes del sacro son las metástasis¹, pero muy raramente son únicas y habitualmente existe un tumor primario conocido, por lo que no suele ser necesario el estudio histológico de la lesión ósea.

Si bien el sacro es una localización típica de algunos tumores primarios, las características tanto en radiología convencional como en TC y RM, son muy raramente patognomónicas. El diagnóstico preoperatorio es importante para la planificación del tratamiento quirúrgico o médico (como en el caso del linfoma y del mieloma), identificar lesiones que puedan ser susceptibles de embolización endovascular previa a la cirugía, o bien ante la posibilidad de diagnosticar lesiones benignas que no requieran ninguna intervención.

La biopsia ósea guiada por TC es una técnica segura, que no precisa un largo tiempo de ingreso hospitalario ni anestesia general en pacientes colaboradores. Sin embargo, no en todos los casos se consiguen muestras suficientes para el diagnóstico y en ocasiones es necesario repetir el procedimiento o recurrir a biopsia abierta quirúrgica.

Presentamos una serie de 8 casos de tumores sacros infrecuentes, que representan una parte significativa del espectro de la patología agresiva que asienta en este hueso y discutimos la eficacia de la técnica de biopsia guiada por TC.

Material y métodos

Se ha realizado una revisión retrospectiva de todos los pacientes con tumoraciones sacras a los que se hizo biopsia guiada por TC en nuestro servicio, durante los últimos 2

años. Los criterios de inclusión para realizar biopsia guiada por TC en el hueso sacro fueron la presencia de tumoraciones sacras agresivas únicas, con sospecha de tumor óseo primario, o bien múltiples cuando la localización sacra se considerase la zona más accesible. En el caso de lesiones múltiples se incluyó a pacientes en los que no existiese un tumor primario conocido, o las lesiones óseas fuesen las únicas sospechosas de extensión a distancia y en los que la información obtenida con la biopsia, pudiera cambiar el manejo terapéutico del paciente. También se contemplaba el uso de la biopsia guiada por TC para la diferenciación de lesiones infecciosas frente a tumorales.

Los pacientes habían sido previamente valorados mediante TC y/o RM para determinar las características de la lesión, localización, extensión, presencia o no de masa de partes blandas, invasión de canal y demás características radiológicas.

Todas las biopsias guiadas por TC se realizaron bajo anestesia local y sedación consciente, en posición de decúbito prono. Se realizó TC dirigida a la lesión con cortes de 3 mm, para determinar la localización de la zona diana y planificar el trayecto de la aguja.

En todos los casos se utilizó una aguja gruesa de calibre 11 G y 12,5 cm (Howmedica[®]) y aguja de biopsia ósea coaxial de calibre 15 G y 20 cm (Grifols[®]) que se introdujo en la lesión. Se obtuvieron un mínimo de 2 cilindros óseos en cada sesión de biopsia, de entre 5–10 mm, así como material de partes blandas o restos hemáticos cuando se estimó necesario. Todas las muestras se conservaron en una solución de formol y se remitieron al departamento de anatomía patológica.

Todos los pacientes recibieron profilaxis antibiótica con una dosis de 1 g de cefazolina i.v. y permanecieron en observación 24h, tras lo cual fueron dados de alta sin complicaciones.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4245964>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4245964>

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