

Medicentro 1998; 2(3)**CARTA AL EDITOR****SERVICIO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA
HOSPITAL MILITAR "MANUEL FAJARDO RIVERO"
SANTA CLARA, VILLA CLARA****EL ADAMANTINOMA DE HUESOS LARGOS. PRESENTACIÓN DE UN PACIENTE**

Por:

Dr. Ramón Acebo Cortiñas¹, Dr. Juan Entenza Surí² y Dra. Gloria Santos Falcón³

1. Especialista de I Grado en Ortopedia y Traumatología. Hospital Militar "Comandante Manuel Fajardo Rivero". Santa Clara, VC. Instructor. ISCM-VC.
2. Especialista de II Grado en Ortopedia y Traumatología Hospital Provincial Docente "Arnaldo Milián Castro". Profesor Titular. ISCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Histología. Instructora. ISCM-VC.

Señor Editor:

El adamantinoma de huesos largos es un tumor poco frecuente. En la literatura mundial sólo se han informado unos 150 casos.

Su histogénesis es incierta; hay quienes la atribuyen a restos embrionarios de epitelio epidermoideo situado de forma aberrante en el hueso y estimulado por un factor de crecimiento desconocido. Otros autores sostienen que se debe a implantación traumática de células basales de la piel dentro del hueso. También hay quienes consideran que se trata de sarcomas sinoviales, y no faltan los que le atribuyen un origen vascular¹. Es un tumor de bajo grado de malignidad y localmente invasor, que puede metastatizar tardíamente^{2,3}.

En este estudio se presenta al paciente FSM de 50 años de edad, raza blanca y sexo masculino, que presenta un adamantinoma localizado en el extremo distal de la tibia izquierda mediante radiografía simple de tibia, donde se observó una gruesa imagen osteolítica de 4 cm de diámetro, adyacente a la articulación del tobillo, y excéntrica con reacción perióstica vecina. No se pudo determinar si existía destrucción de la cortical. Se le realizó arteriografía del miembro inferior izquierdo, que dio como resultado la presencia de un vaso sanguíneo que partiendo de la arteria tibial anterior ascendía hasta la lesión osteolítica, irrigándola. Esto reforzó la posibilidad de que se tratara de un tumor maligno primario o metastásico.

Se le realizó la biopsia y se comprobó que era histológicamente compatible con un adamantinoma de huesos largos.

Fue intervenido quirúrgicamente y se le practicó una resección segmentaria de 2,5 cm proximal y distal al tumor; posteriormente se le colocó el fijador externo tipo RALCA (Distractor DCG-1).

Seguidamente se practicó una corticotomía al fragmento proximal, de forma que permitiera realizar la transportación para cubrir el defecto óseo⁴. Este procedimiento fue iniciado a las 72 horas a razón de 1 mm diario (1/4 de vuelta cada 6 horas), y posteriormente fue dado de alta⁵. El tiempo de transportación del segmento óseo demoró seis meses por las múltiples complicaciones que se presentaron; las principales fueron: necrosis de un segmento de piel en región anterior de la pierna (resuelta con un injerto), desplazamiento del segmento óseo objeto de la transportación, y pseudoartrosis al final de ésta.

Se procedió a realizar una reducción cruenta, y seguidamente compresión interfragmentaria. Se obtuvo la consolidación a los tres meses. Retiramos el aparato e inmovilizamos el miembro con una bota de yeso y tacón de marcha durante dos meses. A pesar de las complicaciones, se llegó a obtener la consolidación en nueve meses. Tiene 9 años de evolución y no ha presentado recidiva local ni metástasis pulmonares. La función del miembro es buena y está incorporada a la actividad laboral; sus secuelas son mínimas^{8,9}.

La mayoría de los autores coinciden en afirmar que el tratamiento quirúrgico del adamantinoma de huesos largos es principalmente la amputación cuando la lesión invade partes blandas, son multifocales o recidivan, y sugieren la resección segmentaria, si está localizada³. Walter Mercer (1967) estima que el tratamiento de elección es la amputación, y se basó en estudios hechos por Baker y col, quienes observaron una clara tendencia a la recidiva en 17 de sus 27 pacientes, de los cuales fallecieron ocho. Las metástasis se comprobaron en cuatro pacientes, por lo que señala la necesidad de practicar la intervención quirúrgica radical^{8,9}, pues es un tumor muy radiorresistente^{2,3,7}. Campbell (1981) informó también un paciente al que se le hizo una resección insuficiente con injerto; posteriormente recidivó en invadió el peroné; fue detectada a los cuatro años y requirió la amputación⁷.

Carpintero Benítez y col¹ informaron un adamantinoma de la rodilla de 12 x 12 cm de longitud y de 15 cm de ancho; fue desarticulado por la cadera y a los dos años tenía metástasis en pulmón, lo cual es frecuente^{1,6,7}.

Otros autores, como Pérez y col² (1985), informaron un paciente que comenzó con fractura patológica de la tibia y se diagnosticó erróneamente como fibroma; la afección fue descubierta a los dos años en un accidente a causa de una nueva fractura patológica, y fue amputado. Tuvo una supervivencia de 10 años.

Referencias bibliográficas

1. Carpintero Benítez P, Mesa Ramos M, Carpintero Gómez M, Toro Rojas A, Carpintero Renedo F. El Adamantinoma. Rev Esp Cir Osteoarticular 1986;21(115):120-125.
2. Pérez Guillermo M, Ortoño Pacheco G, López Sánchez A, Cervantes Soto A, Pastor Quironte FA. El Adamantinoma de Tibia : estudio de un caso. Rev Esp Cir Osteoarticular 1985;20(118):216-221.
3. Valls Pérez O, Marinello Vidaurreta Z. Tumores y lesiones pseudotumorales del esqueleto. La Habana : Ed Científico-Técnica, 1979:149-152.
4. Ceballos Mesa A. La fijación externa de los huesos. La Habana : Ed Científico-Técnica, 1979:149-152.
5. Alvarez Cambras R, Ceballos Mesa A. Los fijadores externos en su Tratado de Cirugía Ortopédica y Traumatología. En su Traumatología. La Habana : Ed Pueblo y Educación, 1985:576-7.
6. Cañadell J. Protocolos terapéuticos del cáncer de la clínica Universitaria de Navarra. España : Ediciones Universidad de Navarra, 1984:217-324.

7. Alvarez Cambra R, Alvarez Lorenzo R, García Saint-Felix, Infante Serra A. Quiste óseo aneurismático del extremo superior del fémur: presentación de un caso. Rev Cubana Ortop Traumatol 1994;8(1/2):85-8.
8. Mercer W, Duthie RB. Cirugía ortopédica. La Habana : Instituto Cubano del Libro, 1967:267-268.
9. Campbell EA, Crenshaw AH. Cirugía ortopédica. 6 ed. Ciudad de La Habana : Ed Científico-Técnica, 1983:1328.