

CASOS CLINICOS

Escapulectomía subtotal por condrosarcoma

Dres. Gonzalo Estapé, Aída Cresseri,
Héctor Sigliano, María L. Iraola, Bolívar Delgado.

Se presenta un osteocondroma de omóplato derecho con transformación sarcomatosa, afección muy poco frecuente en las estadísticas extranjeras consultadas y excepcional en la estadística nacional. Asimismo se destaca la poca frecuencia de esa afección en pacientes jóvenes.

La lesión se trató por resección subtotal del omóplato con conservación de la articulación escapulo-humeral.

La sobrevida hasta el momento actual es de 2 años. El paciente se encuentra en excelentes condiciones anatómicas y funcionales y es controlado por radiología convencional y tomografía computada.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
CHONDROSARCOMA / SCAPULA.

SUMMARY: Subtotal resection of the scapula due to a chondrosarcoma.

An osteochondroma of the right scapula with sarcomatous transformation, disease with a very low frequency in foreign series, and exceptional in national ones, is presented. The rare frequency of this disease in young patients is pointed out. The lesion was treated by a subtotal resection of the scapula, preserving the shoulder's joint. The patient is alive and doing well two years later, in excellent anatomical and functional conditions. Was followed up by radiology and C.A.T. scan.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 7 de mayo de 1986.

Prof. Agregado y Asistente de Clínica Quirúrgica. Asistente y Prof. Adjunto de Anatomía Patológica, Prof. Director de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Blanca del Tabaré 2950 (Dr. G. Estapé).

Clínica Quirúrgica "1" (Director Prof. Dr. Bolívar Delgado). Hospital Pasteur. Fac. de Medicina. Montevideo.

RÉSUMÉ: Scapulectomie subtotale par un chondrosarcome.

On présente un cas d'ostéochondrome de l'omoplate droite avec transformation sarcomateuse, affection peu fréquente dans les statistiques étrangères consultées et exceptionnelle dans la statistique nationale. On souligne aussi la basse incidence de cette affection chez les jeunes.

Le traitement a consisté à affectuer la résection subtotale de l'omoplate, avec conservation de l'articulation scapulo-humérale.

La survie est de deux ans jusqu'à présent. Le malade se trouve dans une excellent condition anatomique et fonctionnelle. Il est contrôlé à travers la radiologie conventionnelle et la tomographie.

INTRODUCCION

Se trata de un paciente portador de una lesión escapular poco frecuente, que fue sometido a una terapéutica quirúrgica con criterio conservador, con la finalidad de mantener la función de la articulación del hombro. El objetivo de esta presentación es discutir la terapéutica quirúrgica empleada.

Destacamos el escaso número de casos aportados por la literatura extranjera^(1, 2, 8, 9) y nacional⁽¹⁴⁾.

CASUISTICA

A.D., 24 años, sexo masculino. N° Reg. 43.122. H. Pasteur. F.I.: 8-3-84, Changador.

M.I.: Tumefacción en la cara posterior del hemitórax derecho.

E.A.: 4 años previo al ingreso nota aparición de la tumefacción en la topografía señalada, de crecimiento lento, hasta hace 1 año en que el mismo aumenta más rápidamente. Aparece dolor en los 3 últimos meses. Niega impotencia funcional. No hay repercusión general.

EXAMEN: Buen estado general. En cara posterior de hemitórax derecho, sobre región escapular, se aprecia tumefacción de 10 x 8 cm, ligeramente redondeada, de límites poco netos, superficie irregular, dura, que se moviliza con la escápula, formando cuerpo con ella, indolora, sin cambios en la piel. No se palpan adenomegalias cervicales ni axilares.

Resto del examen: clínicamente normal.

Rx de tórax frente y perfil derecho: Imagen inhomogénea, calcificada, en región escapular derecha. (Fig. 1).

Biopsia por punción de la tumoración: Tumoración constituida por tejido cartilaginoso con ligeras variaciones celulares y tejido óseo, con travéculas de hueso inmaduro. No se aprecian atipias definidas ni proliferación a "células aisladas". No se logran definir elementos organizativos o "Reactivos" como se observaría en un coágulo calcificado. (Hematoma organizado).

EN SUMA: Tumoración benigna, Encondroma (u osteocondroma) benigno.

Tomografía computada de tórax: se realizaron secuencias de 10 mm de espesor desde la base del tórax al cuello. Se observa una alteración de la morfo-estructura ósea de la cara anterior de la escápula derecha ocasionada por un proceso inhomogéneo con zonas osteocondensantes que ocupa el espacio inter-

escápulo-torácico sin compromiso parietal torácico, con el aspecto densito-tomográfico de un Osteocondroma sesil. (Fig. 2)

Por tratarse de un paciente joven, con un informe biopsico de tumoración benigna y para conservar la funcionalidad del hombro, se planteó cirugía conservadora: escapulectomía subtotal derecha. (5, 8, 9).

OPERACION (10-4-84). Incisión: Arciforme y cóncava hacia arriba, que comienza paralelamente a la línea media y a dos traveses de dedo de la misma y termina por fuera del borde axilar del omóplato. Se levanta el colgajo de piel hacia arriba, dejando al descubierto la escápula con sus inserciones.

Tiempo muscular: Se desinserta el músculo trapecio y el deltoides de la espina del omóplato (Fig. 3).

Se secciona verticalmente el músculo romboides, lo que permite bascular la escápula hacia afuera.

Se seccionan las inserciones del haz medio e inferior del músculo serrato mayor.

Tiempo óseo: Se procede a la sección ósea con sierra circular, conservando el borde axilar, cavidad glenoides, acrómion y apófisis coracoides con sus inserciones músculo-ligamentosas. (Fig. 4)

Se seccionan los músculos infraespinoso y escapular para obtener así, una pieza constituida por los 2/3 internos de la escápula con los músculos insertos en ella.

Se reinserta el deltoides y el trapecio en el sector remanente de la espina.

ANAT. PATOL.: Se estudió una pieza de Escapulectomía Subtotal. Macroscópicamente presentaba sobre la cara anterior o costal, un tumor sesil de 10 x 8 cm, color blanco azulado, lobuloso, y consistencia dura. La superficie de corte dejada a la vista, una banda periférica de 1,5 cm de aspecto condroide, rodeando un tejido de aspecto trabecular, con zonas calcificadas (Fig. 5). La radiología simple reveló una zona periférica radiopaca tapizando una zona central radiolúcida.

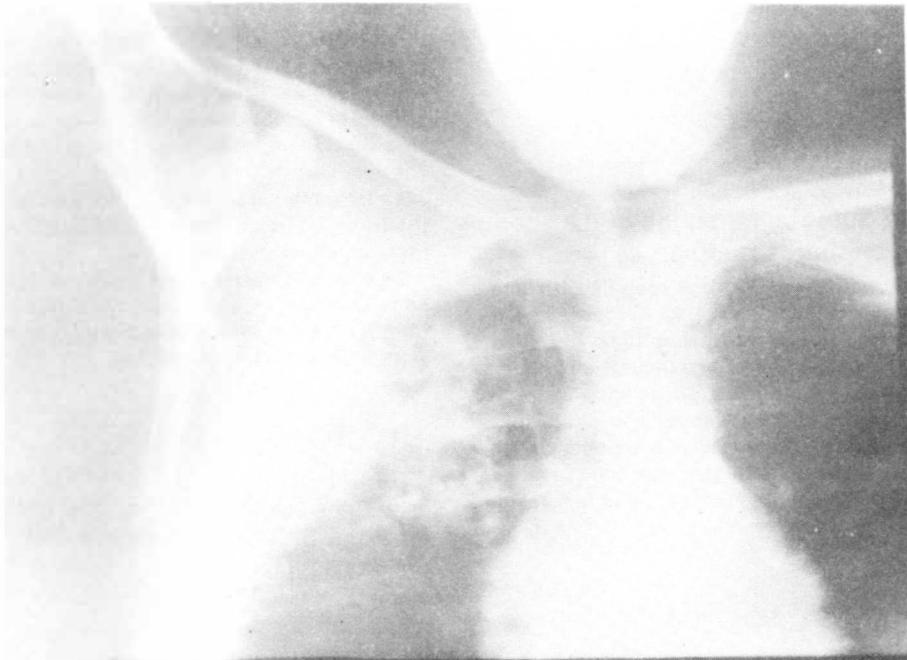


Fig. 1. Rx de tórax.



Fig. 2. Tomografía axial computarizada.

El tumor se estudió, realizándose un mapeo completo de toda una superficie de corte. (Fig. 6)

Microscópicamente, sólo en el segmento B, se comprobó la naturaleza tumoral maligna, constituida por una neoformación altamente celular muy pleomórfica, con condrocitos de núcleos grandes y redondos, ocasionalmente binucleados o gigantes mononucleados con bajo índice mitótico (Fig. 7). En profundidad, el tumor mostraba calcificación y osificación endocondral.

En suma, los caracteres microscópicos corresponden a un Condrosarcoma bien diferenciado o Grado I de malignidad^(3, 4, 6, 10, 11, 12, 13). Se trata de una forma secundaria, por asentar en un osteocondroma previo.

Destacamos varios hechos: primero, la baja frecuencia de este tipo tumoral en esta localización: 5,8% a 6,1% en estadísticas internacionales, no existiendo cifras a nivel nacional^(3, 6, 11). Segundo, la excepcionalidad de la edad en este paciente, ya que el pico etario para este tipo tumoral es de 45 años^(6, 7, 11). Tercero, se considera, que el porcentaje de transformación maligna de un osteocondroma en condrosarcoma es bajo, oscilando los valores entre 1% y 2%^(6, 11, 13). La tasa de supervivencia a 5 años para el grado I es de 90%, con baja tendencia a la recidiva local y rara capacidad metastasiante^(3, 6, 11, 13).

EVOLUCION: La radiografía de tórax postoperatoria muestra la conservación del borde axilar del omóplato y la cavidad glenoidea.



Fig. 3. Tiempo muscular.

La evolución del paciente fue buena, sin complicaciones, luego de los dos primeros años de la intervención.

Se efectuaron estudios radiográficos torácicos frente y perfil derecho, seriados, siendo el último control radiológico hace 2 meses (Fig. 8).

Una tomografía computada de tórax efectuada el 12 de febrero de 1986 informa: modificaciones de la pared posterior derecha del tórax y de la escápula en relación a la intervención realizada. No se ve evidencia de recidiva local en cuanto a masa tumoral se refiere, pero, se ven algunas pequeñas calcificaciones de partes blandas en la zona de la resección.

No se ven nódulos pulmonares. Resto del tórax sin particularidades (Fig. 9).

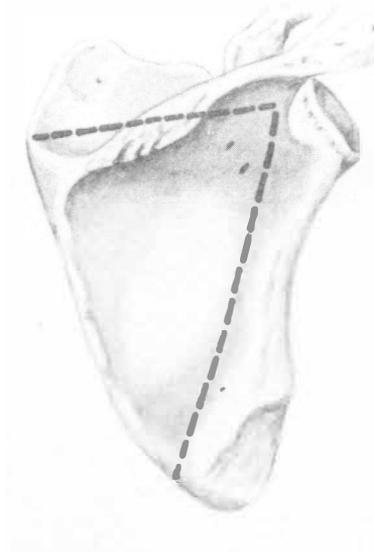


Fig. 4. Tiempo óseo.

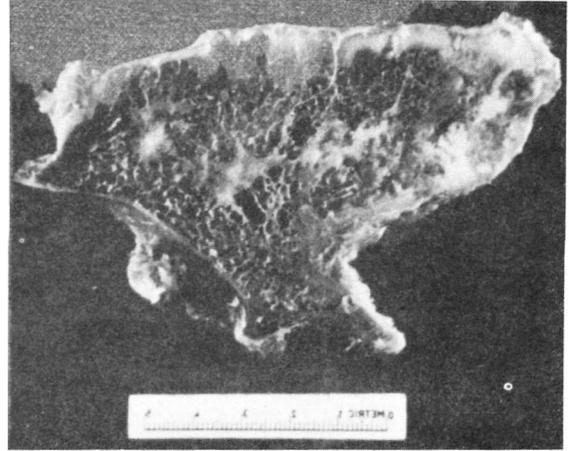


Fig. 5. Corte transversal del tumor escapular.

Esquema de la toma de Fragmentos (84-167)

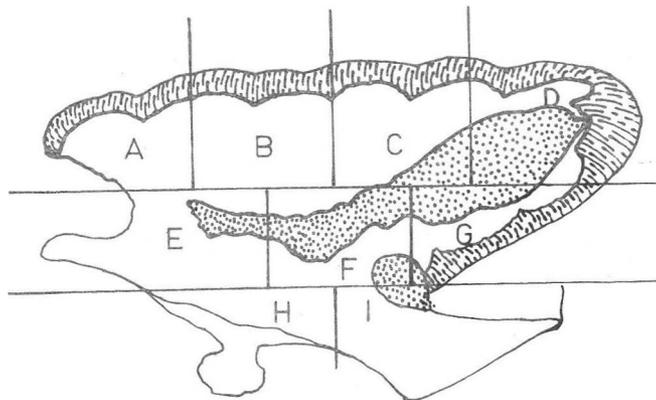


Fig. 6. Esquema de la toma de fragmentos para estudio histológico.

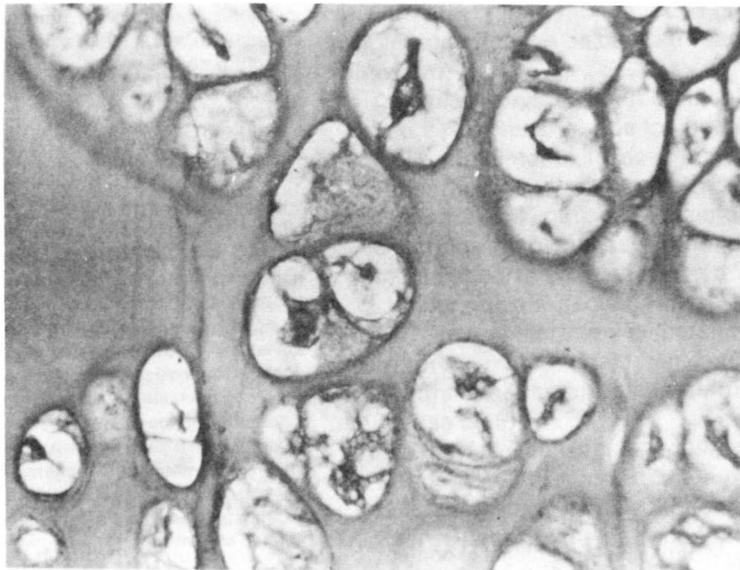


Fig. 7. Detalles Histológicos: celularidad aumentada; pleomorfismo gigantismo celular y nuclear; condrocitos binucleados.

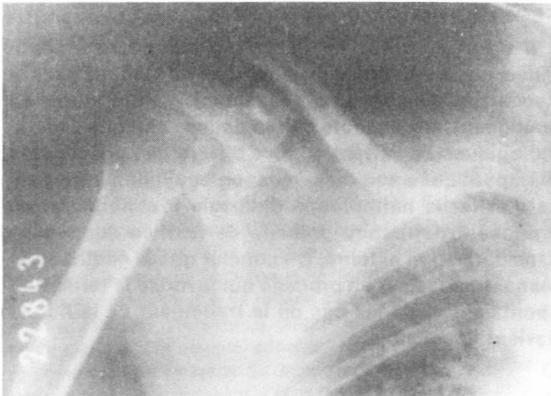


Fig. 8. Rx de tórax postoperatoria.

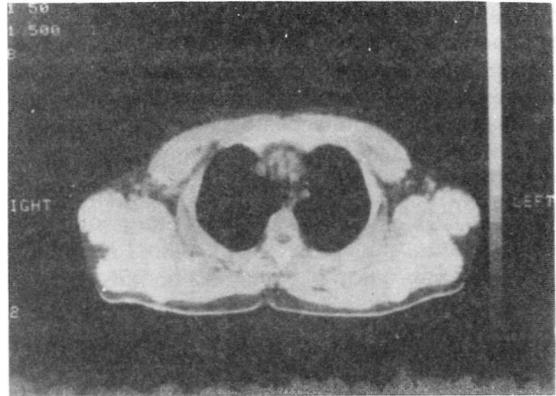


Fig. 9. Tomografía de tórax postoperatoria.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BAIE J. — A propos de la scapulectomie totale. *J. Chir.*, 82: 597, 1961.
2. CUISENIER J., AUPECLE P. — Les Scapulectomies totales. Techniques, indications, résultats. *Lyon Chir.* 81 (3): 229, 1985.
3. DAHLIN D.C. — Tumores óseos, 2ª Ed. Barcelona, Toray, 1980. pp. 180-205.
4. FECHNER R.E., HUVES A.G., MIRRA J.M., SPJUT H.J., UNNI K.K. — A simposium on the pathology of bone tumors. *Pathology Annual*, 19 (part 1), 125, 1984.
5. HAMILTON H. — En *Campbell's operative orthopedics*. Saint Louis, Mosby, 1949. v. 2, pp. 1188-91.
6. HUVES A.G. — En *tumores óseos. Diagnósticos, Tratamiento y Pronóstico* 196-224. Buenos Aires, Médica Panamericana, 1981. pp. 196-224.
7. O'NEAL L.W., ACKERMAN L.V. — Chondrosarcoma of Bone. *Cancer*, 5: 551, 1952.
8. PHELPS W.M. — A method of resection of infraspinous portion of shoulder muscle function. *Yale J. Biol. Med.* 11: 39, 1929.
9. RYERSON E.W. — Escision of the scapula; report of case with excellent funcionnel result. *JAMA* 113: 1959, 1939.
10. SANERKIN N.G. — Definitions of osteosarcoma, chondrosarcoma and fibrosarcoma of bone. *Cancer* 46: 178, 1980.
11. SCHAJOWICZ F. — Tumores y lesiones pseudotumorales de huesos y articulaciones. 169-214. Buenos Aires. Médica Panamericana, 1982. pp. 169-214.
12. SCHAJOWICZ F., ACKERMAN L.V., SISSONS M.A. — Tipos histológicos de tumores óseos. *O.M.S.* N° 6, 1972.
13. SPJUT H.J., DORFMAN H.D., FECHNER R.E., ACKERMAN L.V. — *Tumors of bone and Cartilage*. A.F.I.P., 1970. pp. 84-116.
14. VALLS A., CARDENIA J.C. — La resección del omóplato. *Cir. Urug.* 44: 8, 1974.