

DISPOSITIVO DE ALARGAMIENTO NO INVASIVO INTERCALAR FEMORAL EN SARCOMA DE EWING

PEREZ FERNANDEZ, P; GRACIA ALEGRIA, I; TRULLOLS TARRAGO, L; PEIRO IBAÑEZ, A.
HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU, BARCELONA.
COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAEN.

INTRODUCCION

Los tumores óseos primarios malignos precisan de una cirugía de resección amplia para conseguir preservar las extremidades; teniendo en cuenta la edad de presentación y la dificultad para la reconstrucción ósea, pueden generar complicaciones que influyan negativamente en la calidad de vida de los pacientes supervivientes.

OBJETIVO

Describir un caso de Sarcoma de Ewing femoral y su evolución a 20 años.



MATERIAL Y METODOS

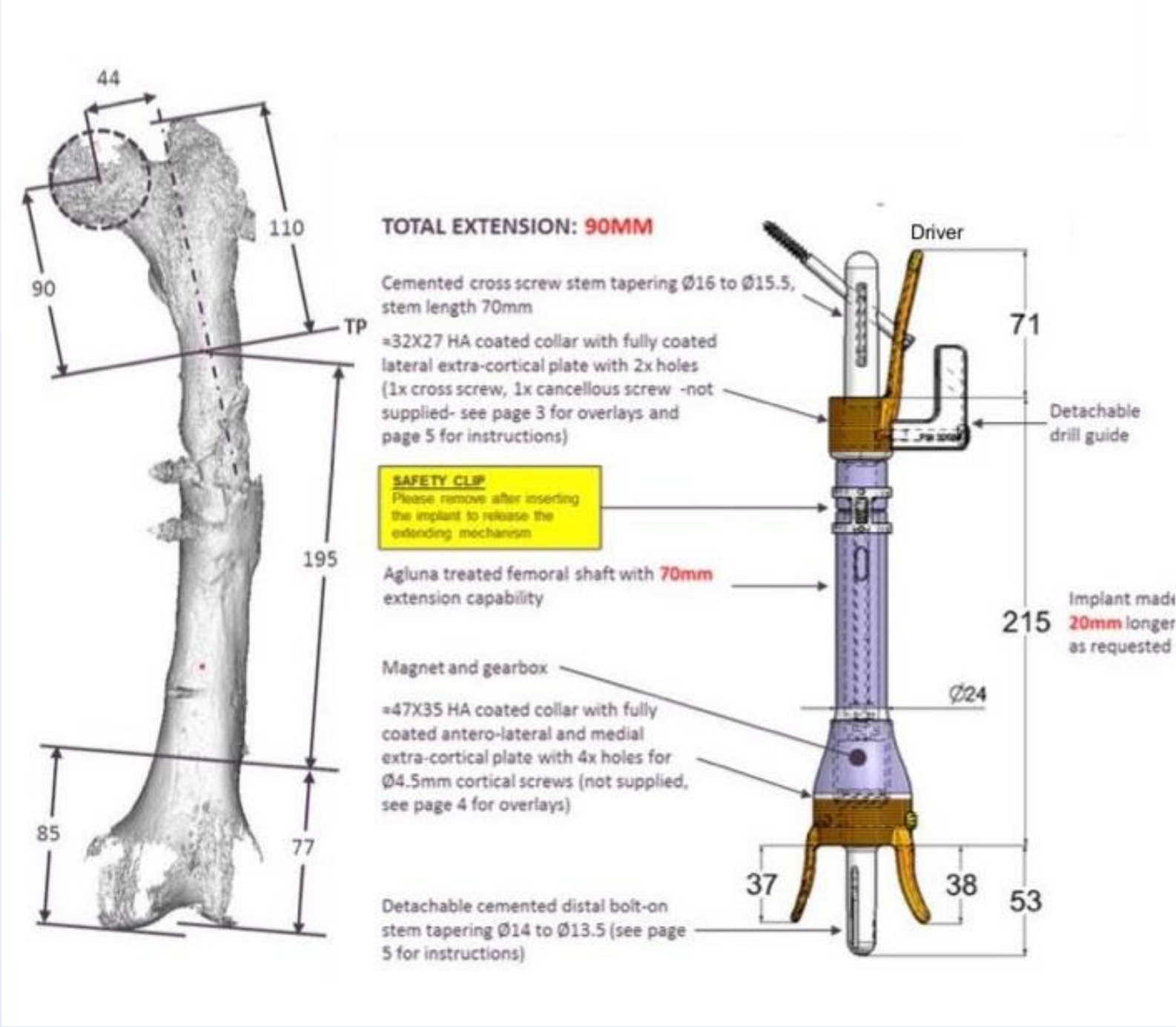
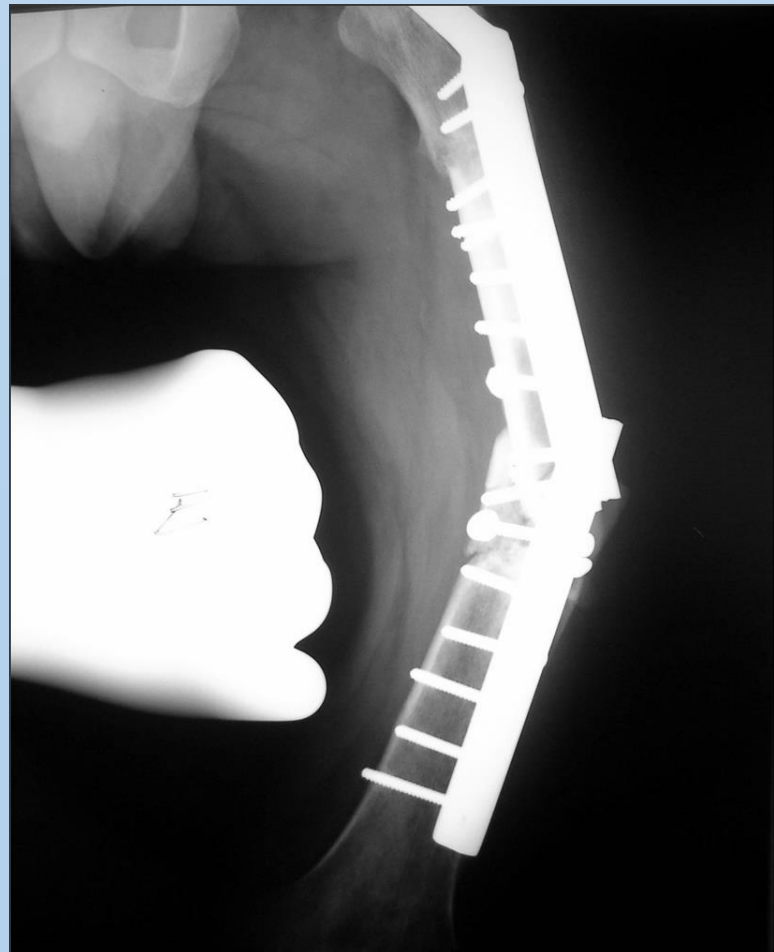
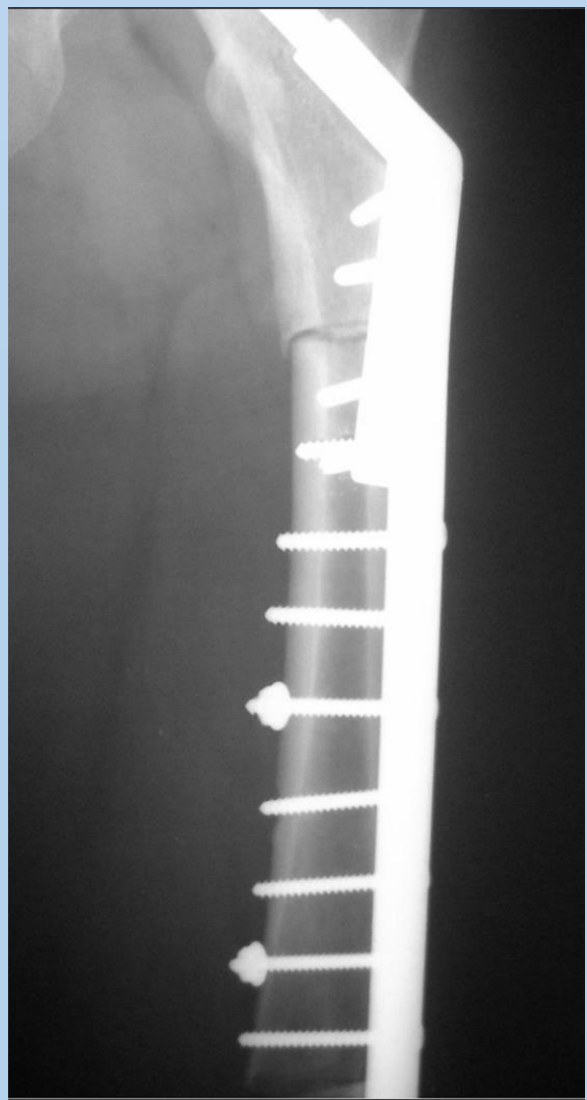
Varón de 19 años que en 1998 presenta un sarcoma de Ewing en diáfisis femoral izda sin otras lesiones acompañantes. Tras quimioterapia neoadyuvante, se realiza resección de diáfisis femoral (20 cm) y reconstrucción mediante aloinjerto intercalar y osteosíntesis con DHS proximal más placa en zona de interfase. Recibe nuevos ciclos de quimioterapia y radioterapia y en 2002, a un año de finalizar el tto, se encuentra en remisión completa.

En 2003 se produce rotura de la placa y del injerto debido a osteólisis y pseudoartrosis por lo que se interviene sustituyendo el injerto y realizando un enclavado endomedular.

En 2011 se produce rotura de la lámina espiral cefálica del clavo y colapso del injerto.

Durante años el paciente presenta discomfort por dismetría de 10 cm y dolor a nivel del foco de pseudoartrosis y demanda una solución.

Finalmente, en octubre 2017 se realiza retirada de material, resección del foco de pseudoartrosis y del aloinjerto (195 mm) e implante de un dispositivo intercalar a medida expandible no invasivo (alargamiento electro- magnético) de 215 mm. El crecimiento final previsto total es de 90 mm, por lo que los 70 mm restantes se realizarán de manera ambulatoria.



RESULTADOS

En la telemetría realizada tras la cirugía la disimetría es de 7,5 cm. El primer alargamiento se realiza a los dos meses de la intervención, y los siguientes cada 6 semanas, aumentando 5 mm en cada ocasión. Actualmente (septiembre 2018) se han ganado 32 mm bien tolerados y no hay clínica de daño neurológico.



DISCUSION y CONCLUSIONES

Existen varios métodos para tratar las disimetrías en miembros inferiores, variando desde el tratamiento ortopédico con alzas hasta complejas técnicas quirúrgicas. El sistema de alargamiento electromagnético proporciona mayor crecimiento final total con una sola cirugía, evitando la anestesia y pudiendo controlar el posible daño neurologico por elongacion. Es una solución cómoda y eficaz para el tratamiento de las secuelas de pacientes supervivientes a los tumores óseos primarios.



BIBLIOGRAFIA:

- 1- Femoral diaphyseal endoprosthetic reconstruction after segmental resection of primary bone tumours. S. A. Hanna, M. D. Sewell, W. J. S. Aston. J Bone Joint Surg [Br], 2010;92-B:867-74
- 2-Non-invasive distal femoral expandable endoprosthesis for limb-salvage surgery in paediatric tumours. A. Gupta, J. Meswania, R. Pollock. J Bone Joint Surg [Br] 2006;88-B:649-54.
- 3-The medium-term results of the Stanmore non-invasive extendible endoprosthesis in the treatment of paediatric bone tumours. N. E. Picardo, G. W. Blunn, A. S. Shekheris The Journal of Bone and Joint Surgery. British volume 2012 94-B:3, 425-430

