

Pseudotumor granulomatoso con apariencia de metástasis múltiples en la pelvis

Granulomatous pseudotumor with multiple metastases in the pelvis

López Vizcaya, Fernando⁽¹⁾

López Huerta, Inés María⁽²⁾

CENTRO

⁽¹⁾ Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

⁽²⁾ Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Aljarafe. Sevilla

RESUMEN

Se presenta un caso de granuloma muy extenso por partículas de polietileno tras una artroplastia de cadera, que originó una gran osteolisis en pelvis y fémur y fracturas patológicas. La justificación del caso, no es la solución planteada (técnica de relleno de injerto compactado tipo Sloof) que resultó satisfactoria, sino la presentación del cuadro, sugestiva de lesiones metastásicas múltiples y que indujo a error diagnóstico primario. Se hace por ello hincapié en la necesidad de tener en cuenta todos los antecedentes y singularidades de la historia del paciente, así como de la conveniencia de no dejar nunca de controlar a un paciente protetizado para evitar esas complicaciones a pesar de la carga que puede suponer en las consultas externas.

ABSTRACT

The article presents the case of an extensive granuloma due particles of polyethylene after a hip arthroplasty, which caused a large osteolysis in the pelvis and femur as well as pathological fractures. The justification of the case is not the solution proposed (compact graft filling using Sloof's technique) which was satisfactory, but rather, the presentation of the case, suggestive of multiple metastatic injuries and that led to primary diagnostic error. Therefore, it is essential to take into consideration all aspects of patient history and background and the uniqueness of patient history, as well as the convenience or not to always include the patient in follow-up to avoid such complications, despite the overload for ambulatory care.

Palabras clave: Pseudo tumor granulomatosos, metástasis en pelvis.

Key words: *Granulomatous pseudotumor; pelvis metastasis.*

Recibido: 8-12-2012. **Aceptado:** 9-12-2012. **Publicado en pág. web:** 9-12-2012.

CONTACTO: Fernando López Vizcaya. lopezvizcaya@yahoo.es. Tel.: 607 500 052

INTRODUCCIÓN

Las consecuencias del desgaste del polietileno protésico pueden alcanzar situaciones límites en las estructuras óseas incluso a distancia del implante. En esos casos, no sólo se plantea un problema de aflojamiento, sino verdaderas dudas diagnósticas que llegan al diagnóstico diferencial con lesiones tumorales, como es el caso que presentamos^(1, 2, 8).

CASO CLÍNICO

Anamnesis

Paciente de 69 años, que llega a nuestro Hospital desde atención primaria diagnosticada de fracturas patológicas de ambas ramas pubianas y de macizo trocantérico derecho por posibles metástasis óseas en las localizaciones descritas. Antecedentes personales sin interés, salvo una hipertensión arterial bien controlada.

Catorce años antes se le colocó una prótesis total de la cadera derecha por coxartrosis. Se había encontrado bien hasta hace unos 6 meses cuando comenzó con dolor inguinal y púbico, con irradiación a la rodilla siguiendo la cara anterior del muslo. Paralelamente, sentía ruidos en la cadera cuando movía o apoyaba la pierna. Unos dos días antes de su llegada, el dolor se intensificó y se hizo insoportable, motivo por el que fue irigida a Urgencias.

Exploración física

Enferma de mediana estatura, moderada obesidad, buena coloración de piel y mucosas. Buen estado

general. Impotencia completa por dolor en la cadera derecha. A la palpación, existía dolor inguinal y en todo el recorrido de la rama íleo-pubiana derecha incluyendo el pubis. Dolor moderado al palpar zona trocantérica. La movilidad articular era parcial y limitada en todos los sentidos por el dolor. No podía sentarse. No había alteraciones neurológicas ni circulatorias en el miembro. El resto de exploraciones no ofrecía resultados de interés.

Pruebas complementarias

- Análisis normales en su totalidad.
- Radiografías simples (**Fig.1**): gran lesión osteolítica que se extiende desde pubis derecho hasta cotilo por ambas ramas, y en todo el macizo trocantéreo. Existe una prótesis total de la cadera tipo Harris-Galante, con excentricidad de la cabeza por probable usura del polietileno. Hay fracturas en el trocánter mayor, en pubis y rama isquiopubiana. El aspecto, es sugerente de lesiones metastásicas secundarias a un primario no determinado.
- La TAC confirma las lesiones radiológicas, y añade participación de las partes blandas adyacentes. Informa de la probable malignidad de la lesión.
- Estudio de despistaje de tumor primario en sus localizaciones habituales (mama, tiroides...) negativo.
- Biopsia ósea dirigida en varios focos lesionales: lesión inflamatoria con ausencia de células tumorales y abundantes granulomas por cuerpo extraño. Las partes blandas participan del mismo diagnóstico.

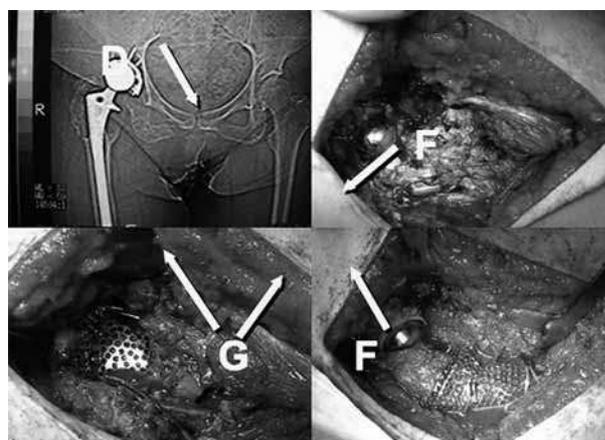


Figura 1: Rx. Que muestra el desgaste del polietileno (d) las fracturas (f) y los granulomas (g).

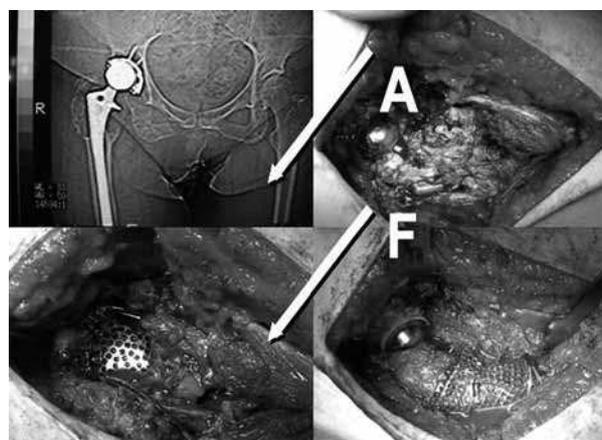


Figura 2: Granulomatosis y defectos acetabular (a) y femoral (f).

Diagnósticos

- Granuloma gigante por partículas de desgaste de polietileno en cotilo, pelvis y fémur derechos.
- Fracturas patológicas de pubis, rama isquiopubiana y trocánter mayor derecho.
- Desgaste y movilización protésica de la cadera derecha.

Tratamiento

Se interviene quirúrgicamente. Hay gran osteolisis del trocánter mayor y segmento metafisario superior, con cáscara fina ósea. Prótesis femoral en parte descubierta,

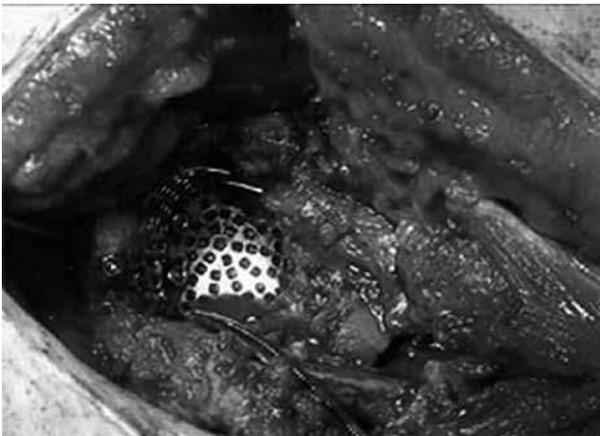


Figura 3: reconstrucción del cotilo y malla conformada e injerto compactado en el fondo y estructural en el techo.



Figura 4: Prótesis reducida y relleno femoral de injerto compactado con malla sujeta con cerclajes en el defecto óseo intertrocantereo.

pero muy fija y estable. Cotilo movilizado con gran defecto tras retirar la prótesis y el granuloma.

Se realiza una extirpación de los granulomas en lo posible, limpieza del hueso y se reconstruye con injerto en pastillas y molido, malla atornillada y cotilo cementado (Figs. 2, 3, 4, 5 y 6).

En el fémur, se limpia el granuloma, se rellenan las cáscaras corticales con injerto molido, y se rodea de una malla. Queda una reconstrucción firme y muy estable.

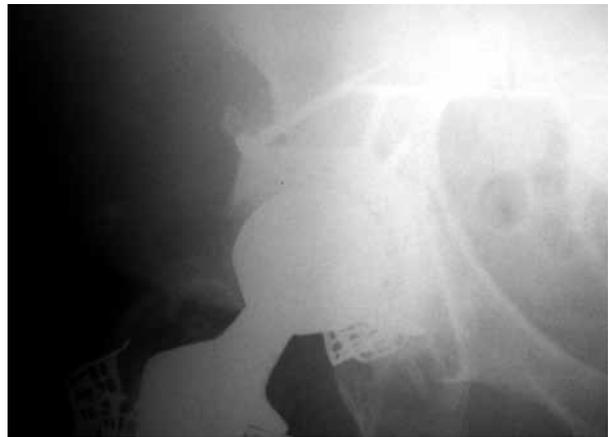


Figura 5: Rx ap prótesis total con malla acetabular y femoral, injerto compactado y cemento.



Figura 6: Rx axial prótesis total con malla acetabular y femoral, injerto compactado y cemento.

Evolución

Postoperatorio muy favorable. Alta a los diez días sin permitir carga aunque sí sentándose. Al año y medio, la reconstrucción está estabilizada y la función es excelente.

DISCUSIÓN

Ante una gran lesión osteolítica en una persona de edad, debemos pensar primero en un tumor, presumiblemente metastático. Pero nunca debemos olvidar que ninguna presunción ni prueba complementaria deben considerarse aisladamente. En este caso, las pruebas sugerían metástasis. Sin embargo, la ausencia de primario, el buen estado de la paciente, la normalidad de los análisis, y la historia clínica de artroplastia previa y el evidente desgaste del polietileno, hicieron pensar en la posibilidad de una lesión inflamatoria, que se confirmó posteriormente.

El caso presentado, pone en evidencia una serie de consideraciones que consideramos necesario desarrollar.

Por un lado, estaría el problema diagnóstico. Es cierto que su forma de presentación es sugerente de patología tumoral metastásica, dada la agresividad de sus imágenes. De hecho, la paciente fue dirigida primero a Medicina Interna para estudio general, y fuimos avisados para control de las fracturas. Pero también es cierto que, la constatación de una artroplastia con una clara usura del polietileno, podría haber ahorrado exploraciones complementarias y una grave preocupación de la paciente y su familia dirigiendo las pruebas hacia ese factor etiológico.

Por otro lado, resulta claro que la situación catastrófica del implante y los huesos, nunca tendría que haberse presentado, si la paciente hubiese acudido a revisiones periódicas que hubiesen detectado el cuadro en sus comienzos. Aunque ello supone una sobrecarga de las ya recargadas consultas externas, los beneficios de no

tener que realizar técnicas límite de rescate, y de no padecer complicaciones como las padecidas, justifican la necesidad de esas revisiones.

No hay dudas, y son numerosas las referencias al respecto, de la agresividad tisular inherente al polvo de polietileno^(1, 2, 7, 8, 9). Es curioso que no sea en todos los casos de desgaste cuando aparecen estas lesiones, sino que pueden ser, y habitualmente lo son, más discretas y la degradación es menor con los nuevos polietilenos⁽⁶⁾. Pero en todos los casos, la sintomatología inicial es mínima o inexistente y los pacientes tras varios años de normalidad, se olvidan de la prótesis y de los controles. Catorce años de artroplastia tenía la paciente, y más de ocho sin controlarse. En realidad, la presencia de lesiones psudotumorales de las partes blandas periprotésicas se está observando incluso con diferentes pares de fricción, como el metal metal^(10, 11, 12).

La técnica quirúrgica seguida ha sido una entre las posibles, y no es el motivo de la presente discusión^(3, 4, 5).

CONCLUSIÓN

Creemos que es un caso típico que demuestra la necesidad de considerar y revisar cada caso clínico de una manera total, global y permanente. tomando en cuenta la historia clínica con todos los aspectos del paciente, y no sólo como un ejercicio de predeterminación por una prueba complementaria, por sofisticada que sea y clara que parezca. Cuando se presentan las complicaciones descritas el hecho no debe resultar una sorpresa, sino que debe ser fruto de un seguimiento correcto y continuado. Ello constituiría un ejercicio clínico adecuado y uso racional de las pruebas complementarias, así como un diagnóstico mas seguro y más precoz de situaciones como la expuesta.

Nivel de Evidencia IV

BIBLIOGRAFÍA

1. Seral García B, García Medina JR, Palanca Martín D, García Pequerul JM, Castiella Muruzabal T, Seral Iñigo F. "Osteolisis severa como complicación de una artroplastia de rodilla. A propósito de un caso". *Rev. de Patología de la Rodilla* 1997; 3: 49-53
2. May G Evelyn, O'Brien S Andrés, Liendo P Carlos, Ortiz Cristián M , López D Claudia . Metalosis por titanio. Diagnostico diferencial de masa de compartimiento iliopsoas. Caso clínico. *Revista Chilena de Radiología*. 2002;Vol. 8 N° 4.
3. Gie G, Ling RSM, Timperley J. "Femoral revision with impaction cancellous allografting". *Surgical Techniques in Orthopaedics and Traumatology By Jacques DuParc , Volume 6, Elsevier, March 2003*
4. David L. Glaser, M.D. and Jonathan P. Garino, " Impaction Grafting for Revision Total Hip Arthroplasty". *Orthopedic J. Volume 10 Spring 1997, Pages 1-4*
5. Gie GA, Linder L, Ling RSM, Simon JP, Slooff TJJH, and Timperley AJ: Impacted cancellous allografts and cement for revision total hip arthroplasty. *J Bone Jt Surg Br* 75-B:14--21, 1993.
6. Geerdink CH, Grimm B, Ramakrishnan R, Rondhuis J, Verburg AJ, Tonino AJ.: Crosslinked polyethylene compared to conventional polyethylene in total hip replacement: pre-clinical evaluation, in-vitro testing and prospective clinical follow-up study. *Acta Orthop*. 2006 Oct;77(5):719-25
7. Crowther JD, Lachiewicz PF: Survival and polyethylene wear of porous-coated acetabular components in patients less than fifty years old: results at nine to fourteen years. *J Bone Joint Surg Am*. 2002 May;84-A(5):709-10.
8. Han CD, Choe WS, Yoo JH. Effect of polyethylene wear on osteolysis in cementless primary total hip arthroplasty: minimal 5-year follow-up study. *J Arthroplasty*. 1999 Sep;14(6):714-23.
9. Leigh W, O'Grady P , Lawson EM. , Hung NA , Theis JC , Matheson J. Pelvic Pseudotumor: An Unusual Presentation of an Extra-Articular Granuloma in a Well-Fixed Total Hip Arthroplasty. *The Journal of Arthroplasty Volume 23, Issue 6, Pages A1-A22, 795-948 (September 2008)*
10. H. Pandit, S. Glyn-Jones, P. McLardy-Smith, R. Gundle, D. Whitwell, CLM. Gibbons, S. Ostlere, N. Athanasou, H. S. Gill, B. D. W. Murray, Pseudotumours associated with metal-on-metal hip resurfacings. *J Bone Joint Surg Br* July 2008 vol. 90-B no. 7 847-8
11. No inflammatory Pseudotumor Simulating Venous Thrombosis After Metal-on-Metal Hip Resurfacing. Werner Maurer-Ertl,; Joerg Friesenbichler,; Bernadette Liegl-Atzwanger,; Gerda Kuerzl,; Reinhard Windhager,; Andreas Leithner, *Orthopedics*. October 2011 - Volume 34 · Issue 10: e678-e681
12. Hauptfleisch J, Pandit H, Grammatopoulos G, Gill HS, Murray DW. Ostiere S. A MRI classification of periprosthetic soft tissue masses (pseudotumours) associated with metal-on-metal resurfacing hip arthroplasty. *Skeletal Radiol* 2012 Feb;41(2):149-55. Epub 2011 Dec 11.