
ADAMANTINOMA DE LA TIBIA

REPORTE DE UN CASO EN SOLCA

Dres. Jaime Sánchez S., Jaime Plaza C.*, Ramón Barredo B.**, Carlos Marengo B.****

El Adamantinoma de la Tibia es una tumoración relativamente rara; hasta el momento han sido reportados casi 250 casos en la literatura mundial (1), muchos de los cuales han sido reconfirmados por estudios histológicos posteriores (2).

Este es un tumor cuyas características histológicas son similares al ameloblastoma de la mandíbula, teniendo un comportamiento biológico similar por lo que se considera que tiene origen en la misma capa embrionaria, es decir, en el endodermo(3).

El propósito de este trabajo es de recopilar las publicaciones que se han realizado hasta la presente fecha, y compararla con la presentación de un caso que tuvimos la oportunidad de tratar en nuestro hospital. A continuación vamos a conocer la historia clínica del paciente, y luego

* Cirujanos Oncólogos SOLCA

** Cirujano Ortopedista

*** Jefe Cirugía SOLCA

estableceremos algunas de las características y la forma de tratar en nuestro hospital. A continuación vamos a conocer la historia clínica del paciente, y luego estableceremos algunas de las características y la forma de tratar esta enfermedad.

HISTORIA CLINICA

Paciente de 23 años de edad, que consulta por la presencia de una tumoración en la pierna izquierda, de crecimiento lento, no dolorosa, y de varios años de evolución, teniendo como antecedentes el haber sufrido un traumatismo hace 4 años.

Al examen físico, el paciente se encuentra en buen estado general, no hay signos de actividad tumoral a nivel general. Se palpa en la cara anterior de la pierna izquierda una tumoración de 15 cm. de diámetro mayor en el sentido longitudinal, y de 8 cm. de diámetro menor en el sentido transversal. Esta tumoración es dura, fija en los planos profundos, no es dolorosa y su aspecto es dudoso.

Los exámenes generales que incluye la biometría hemática son normales. La radiografía de tórax es normal. La radiografía de la pierna izquierda revela la presencia de una zona radiopaca que parecería corresponder a un proceso tumoral, pero cuyas características no corresponden a osteosarcoma u otro tipo de tumor frecuente, así como tampoco existe evidencia de tratarse de un proceso infeccioso, es decir, el que se trate de una osteomielitis (foto No. 1, 2)

Con los antecedentes establecidos, fue sometido el paciente a biopsia incisional el día 31 de Marzo de 1989, y el resultado Anátomo-patológico fue el que se trataba de un adamantinoma de la tibia, el mismo que debido a su rareza fue reconfirmado por el departamento de Patología de SOLCA.

Fue sometido posteriormente a excéresis de la tumoración, realizando una extirpación del segmento de la tibia y se realizó osteosíntesis de la tibia con auto-injerto de peroné contralateral y fijación del mismo con clavos intramedulares más injertos libres de hueso, obtenidos de los cóndilos femorales (foto No. 3, 4, 5, 6).

La evolución fue favorable. Necesitó posteriormente que se realice una nueva fijación con fragmentos óseos en la extremidad inferior del injerto, puesto que se produjo una ligera reabsorción del mismo, probablemente de origen vascular.

El diagnóstico post operatorio reconfirmó que se trataba de un adamantinoma de la tibia. Al momento, el paciente se encuentra en buen estado, tiene una bota de yeso y ya realiza deambulacion (foto No. 7).

DISCUSION

Descrito hace 70 años, el Adamantinoma es un tumor óseo raro, poco frecuente y que en un primer tiempo se lo creyó exclusivamente limitado a la tibia, pero publicaciones posteriores pudieron determinar que el tumor se puede desarrollar en otros huesos como el cúbito, el radio, el fémur y en algún caso en el pubis (4). Anterior a las tinciones argénticas, muchos tumores que se desarrollaban en la tibia habían sido clasificados como Adantinomas, pero al realizar dichas tinciones se pudo establecer que se trataban de Angioblastomas (5).

En lo que se refiere a su histogénesis, existe la denominada teoría de CONHEIM (6), quien establece que restos embrionarios de origen dérmico son desplazados hacia dentro de los huesos y que posteriormente en respuesta a un traumatismo pudiera desencadenar el crecimiento de estos tumores al llegar a la época de la adolescencia o a comienzos de la edad adulta.

Desde el punto de vista clínico, el tumor se caracteriza por ser de crecimiento lento y progresivo, con tendencia a la invasión, pero muy lentamente; aunque existen algunos casos reportados en los que ha habido invasión a los ganglios regionales y dar por vía hematógica metástasis a los pulmones (7).

La característica fundamental en la oncogénesis del tumor a más del crecimiento lento, es el antecedente del traumatismo en el miembro afecto o de una fractura.

En lo relacionado a nuestro paciente los síntomas por lo que consultó, fueron dolor y tumefacción de la pierna izquierda, así como de conformidad de la misma, teniendo como antecedente el haber sufrido un traumatismo hace 4 años.

A los Rx no existe una imagen radiológica característica. Puede haber una imagen rarefacta, traveculada, con un contorno periférico bien definido. Si no ha habido fractura, o intervención quirúrgica previa la cortical permanecerá intacta.

Si la evolución ha sido lenta el tamaño de la tumoración puede ser grande, en el caso que nos ocupa, alcanzó 15 cm. de longitud. Otra característica es que la diáfisis puede estar ensanchada y deformada.

Con lo anteriormente expuesto, podemos llegar a la conclusión que el diagnóstico será definitivamente a través de la biopsia y ésta a su vez requerirá de una elevada dosis de paciencia del patólogo, puesto que la rareza de presentación del mismo hará que no haya una pericia exacta para su diagnóstico, por la poca familiaridad que tendrá el patólogo.

Desde el punto de vista anátomo-patológico, la característica del tumor es la de tener consistencia firme, de color gris o blanco grisáceo. Al microscopio se caracteriza por la presencia de estructuras alveolares o glandulares, lo cual puede ser motivo de una equivocación al suponer que se trate de una metástasis de un adenocarcinoma. Puede observarse también la formación de pseudoquistes y en algunas áreas perlas queratínicas similares al epiteloma escamoso invasor (8).

El tratamiento es eminentemente quirúrgico (9). Son radio resistentes. La extirpación del segmento óseo afecto es el tratamiento apropiado. En caso halla recidiva, se considerará la amputación del miembro afecto. Es importante establecer que es un tumor toti potencialmente capaz de dar metástasis (10, 11).

CONCLUSIONES

- 1.- El Adamantinoma es un tumor raro, pero que debe de entrar en el diagnóstico diferencial en tumuraciones radiológicas no claras.
- 2.- El diagnóstico se sospechará por los siguientes parámetros: ubicación, antecedentes de trauma, radiología.
- 3.- La Radiología nos ayudará a sospechar cuando la lesión no es compatible con osteosarcoma, osteomielitis.
- 4.- El tratamiento es quirúrgico.
- 5.- El contribuir con este trabajo a aumentar el número de la casuística mundial.

NOTAS

- (1) BERNARD GHELMAN, MD. Radiology of bone tumors. Clínicas Ortopédicas de Norteamérica. Julio 1989, vol. 20, No. 3, pp. 288-311.
- (2) CANCER. Vol. 110, Mayo-Junio 1957. Angioblastoma maligno del hueso.
- (3 y 4) LITCHTEINTEN. Tumores de inclusión dérmica en el hueso. Cap. 23, Tumores óseos, 1976.
- (5) CHANGUS, G.W. y colbs. Angioblastoma Maligno del hueso y reportes de adamantinomas. CANCER, vol. 10, pp. 540, 1957.
- (6) DOCKERTY y colbs. JAMA, Adamantinoma de la tibia. Reporte de 2 casos, pp. 119-932. 1942.
- (7) MORGAN y colbs. Metástasis de Adamantinoma de la tibia. SUR: J. BONE-JOINT. 38-B 892, 1956.

(8) HALPERT-DOHN. Adamantinoma de la Tibia. Arch. Patology. 43: 313, 1947.

(9) LITCHTEINTEN. Tumores de inclusión dérmica en el hueso. Cap. 23. Tumores óseos, 1976.

(10) MORGAN y cols. Metástasis de Adamantinoma de la tibia. SUR: J. Bone-Joint, 38-B, 892, 1956.

(11) HERBEL. Adamantinoma de la Tibia. SURGERY 7: 860, 1940. Re-compilaciones de obras publicadas.