

## **EVENTRACION EN DEFECTO ILIACO CREADO TRAS EXÉRESIS DE CONDROSARCOMA: SEGUIMIENTO DE 10 AÑOS**

### **RESUMEN**

El Condrosarcoma es un tumor maligno de mejor pronóstico, en general, que los sarcomas osteogénicos; habitualmente requiere tratamiento quirúrgico con amplio margen de resección, dadas sus marcadas quimio y radiorresistencia, pero éste puede resultar difícil o imposible en una de sus localizaciones más frecuentes, la pelvis. Sin embargo, la resección quirúrgica resulta notablemente más sencilla en los casos de condrosarcoma secundario (degeneración sarcomatosa de un osteocondroma).

La eventración del contenido abdominal a través de un defecto quirúrgico en el hueso ilíaco es una complicación rara. El primero en describirlo fue OLDFIELD en 1945. Desde entonces no alcanzan a 20 el número de casos publicados y casi siempre en referencia a la obtención de injerto del ilíaco.

Se presenta el caso de un varón intervenido por condrosarcoma secundario de ilíaco al que se le practicó resección amplia de la tumoración. En los controles periódicos en consultas externas de nuestro hospital, se apreció la existencia de una eventración de asas intestinales por el defecto creado en el ilíaco, (con contenido intestinal).

El seguimiento que se hace de tal eventración, hasta la fecha, es de 10 años, sin que se hayan producido repercusiones clínicas ni evolución de

la misma. Así mismo tampoco se ha observado recidiva de la lesión tumoral.

Se realiza una revisión de los casos publicados, así como una descripción de los tratamientos recomendados.

Como conclusiones, se recomienda la reconstrucción del defecto creado en ilíaco mediante diversas técnicas quirúrgicas, que se describen someramente.

#### **ABSTRACT**

Se presenta un caso de eventración a través de un defecto óseo en el ilíaco secundario a la exéresis de un condrosarcoma localizado a dicho nivel.

## INTRODUCCIÓN

Keiller y Pheemister fueron los primeros en diferenciar al condrosarcoma como una entidad aparte del grupo de los sarcomas osteogénicos, con un curso generalmente más lento y un mejor pronóstico( EILLER)(PHEMISTER).

El condrosarcoma primario puede ser central o periférico según la localización en el hueso afecto, siendo causante de aproximadamente el 13% de los tumores óseos malignos(LIMBDON)(BARNES).

Son tumores de escasa predominancia masculina, con un pico de incidencia entre los 30 y 60 años( HENDERSON ), y de localización fundamentalmente en el fémur y la pelvis; su primera manifestación clínica suele ser un cuadro de dolor, raramente severo salvo destrucción de la cortical.

Radiográficamente son características las áreas centrales de calcificación moteada en las zonas radiolúcidas de destrucción tumoral (O'NEAL) (BARNES), pudiendo además expandir la cortical adelgazada o atravesarla y extenderse a tejidos blandos periféricos en las formas más agresivas. Su tratamiento es fundamentalmente quirúrgico y sus metástasis raras y en estadios avanzados, con un pronóstico de supervivencia a los 10 años del 40% aproximadamente.

La eventración del contenido abdominal a través de un defecto quirúrgico en el hueso ilíaco es una complicación rara, descrita por primera vez por Oldfield en 1945. Desde entonces se han recogido en la literatura cerca de 20 casos, como complicaciones tras toma de injerto, fracturas y

desbridamientos por osteomielitis (4,5,7,8,9,11), y algún caso por defectos óseos congénitos (1).

## MATERIAL Y MÉTODO

Varón de 31 años de edad, que acude a las consultas de nuestro Hospital por presentar una tumoración en fosa ilíaca derecha, de 2 años de evolución. El paciente refería deformidad sobre cadera derecha, en forma de tumoración de crecimiento lento, acompañada de dolor en el inicio de la marcha y al comienzo del movimiento desde la posición de sedestación.

La exploración física descubrió una masa de aproximadamente 7 x 10 cm, de consistencia dura y no desplazable, que se localizaba en la cara externa del ilíaco derecho ocupando sus dos tercios anteriores y rebasando el límite de la cresta ilíaca. Resultaba discretamente dolorosa a la palpación y no interfería con la movilidad de la cadera. No estaba adherida a piel, ni se evidenciaban alteraciones en la misma. La analítica fue totalmente normal.

La radiografía simple mostró una tumoración calcificada, dependiente de la tabla externa del iliaco, sin evidenciarse la existencia de pedículo óseo (FIGURA 1). La TAC nos dio una imagen más clara (FIGURA 2 ), así como un diagnóstico aproximado del tipo de tumoración y tamaño de la misma ( 9.5 x 5.5 x 7 cm).

Se completó el estudio con Gammagrafía y TC pulmonar para descartar la presencia de enfermedad a distancia.

Con un diagnóstico de sospecha de Condrosarcoma, se decidió el tratamiento quirúrgico, procediéndose a la resección amplia de la tumoración, incluyendo la base en el ilíaco, y ofreciendo especial atención a la exposición quirúrgica, dada la gran capacidad del condrosarcoma de

sembrar con células tumorales los tejidos adyacentes tras una biopsia o resección inadecuada.

El tamaño del defecto óseo generado en el ilíaco fue de 7 x 5 cm, y el tamaño aproximado de la pieza de 12 x 6 x 5 cm. Se asoció reconstrucción del defecto óseo creado con los tejidos blandos periféricos, aprovechando la integridad del músculo ilíaco y la aponeurosis abdominal.

La evolución postoperatoria cursó sin complicaciones. El informe anatómo-patológico confirmó el diagnóstico de Condrosarcoma bien diferenciado de la superficie (II A según la clasificación de Evans), así como la completa resección del tumor.

## **RESULTADOS**

En los sucesivos controles semestrales mediante radiografía simple y TAC, el paciente ha permanecido clínicamente asintomático. Sin embargo, a los 4 meses del postoperatorio, la TAC mostró la aparición de una masa de contenido heterogéneo por fuera del iliaco , compatible con colon ascendente eventrado (FIGURA 3).

Se han seguido haciendo controles clínicos y radiográficos de forma ambulatoria, sin que el paciente haya referido en ningún momento clínica alguna en cuanto a su hábito intestinal o existencia de dolor.

El último control clínico-radiográfico, realizado a los 10 años de la intervención, no muestra recidiva del tumor, ni progreso de la eventración(FIGURAS 4 y 5).

Aunque se ha propuesto al paciente tratamiento quirúrgico de la eventración transilíaca, éste lo ha rechazado por permanecer clínicamente asintomático y sin evidencia de progresión de la misma.

## **DISCUSIÓN**

El tratamiento del condrosarcoma es preferentemente quirúrgico, y la indicación para ampliar la resección depende no sólo del grado histológico de malignidad, sino del grado de lesión de la cortical y la extensión o no a tejidos vecinos( CAMPANACCI)(BARNES).

En las lesiones de grado bajo o intermedio es fundamental conseguir unos márgenes de resección amplios para obtener un buen control local del tumor, dependiendo la incidencia de recidivas locales y la supervivencia de lo adecuado del tratamiento quirúrgico.

En la revisión de las publicaciones sobre eventraciones a través de ilíaco, no conocemos ningún caso en el que la causa estuviera motivada por una resección tumoral en el mismo. La aparición de esta complicación, en los casos de fractura, toma de injerto, o desbridamientos, oscila entre los 24 días (3) y los 15 años (12) desde la creación del defecto óseo. En nuestro paciente, se observó como hallazgo radiológico a los 4 meses del postoperatorio, sin sintomatología asociada.

En relación a la clínica, se puede presentar como una masa blanda en la zona del defecto que aumenta y disminuye de tamaño y que se puede acompañar de molestias digestivas, habiéndose comunicado algún caso de estrangulación (3) y de herniación irreductible (10). En la auscultación se puede escuchar el peristaltismo intestinal. Como métodos de diagnóstico por imagen, la radiografía simple, la radiografía con contraste y la TAC nos mostrarán el defecto del ilíaco y el paso a su través de asas intestinales. Dentro del diagnóstico diferencial, se debe descartar la existencia de



recidivas locales, tumores de partes blandas, abscesos, hematomas o tumores intrabdominales.

En cuanto al tratamiento recomendado por algunos autores (2,5,6,11), pueden considerarse tres posibilidades:

1º) Movilización de tejidos blandos adyacentes tales como la fascia abdominal y/o músculo ilíaco y su reinscripción sobre el resto del hueso ilíaco.

2º) Técnica de Bosworth, basada en la regularización del defecto mediante la resección de hueso, transposición de la espina ilíaca antero-superior a una zona posterior y distal y reimplantación de la fascia abdominal sobre la neocresta ilíaca.

3º) Cierre del defecto mediante injertos, bien sea con mallas sintéticas o bien con aloinjertos óseos.

En cuanto al tratamiento de elección, consideramos preferible su cierre mediante aloinjertos óseos o con mallas sintéticas. La movilización de estructuras vecinas para dicho cierre, en el contexto de una cirugía tumoral, como en el caso de nuestro paciente, ha sido insuficiente por la amplitud del defecto óseo generado. Dada la relativa frecuencia de condrosarcomas en pelvis, cuyo tratamiento se basa casi exclusivamente en su resección amplia, consideramos que en este tipo de cirugía hay que prever la posibilidad de futuras eventraciones a través del defecto óseo creado y proceder a su reconstrucción en el mismo acto quirúrgico, en previsión de posibles complicaciones como la observada en nuestro paciente.

**PIES DE FIGURA:**

FIGURA 1. Radiografía simple de pelvis en el momento del diagnóstico.

FIGURA 2. TAC preoperatorio de la tumoración.

FIGURA 3. TAC a los 4 meses del postoperatorio.

FIGURA 4. Radiografía simple a los 10 años de la resección.

FIGURA 5. TAC a los 10 años de la resección.

### **BIBLIOGRAFIA:**

1.-Adamson R. J. Bilateral herniae through Petit's triangle with two associated abnormalities. Brit. J. Surg., 1958, 46, 88.

2.-Bosworth D. Repair of herniae through iliac crest defects. J. Bone Joint Surg., 1955, 37A, 1069.

3.-Challis J.H., Lyttle J.A., Stuart A.E. Strangulated lumbar hernia and volvulus following removal of iliac crest bone graft. Acta Orthop. Scandinavica, 1975, 46, 230-233.

4.-Cowley S.P Anderson L.D. Hernias through Donor Sites for Iliac Bone Grafts. J. Bone Joint Surg., 1983, 65-A, 1023-1105.

5.-Froimson A.I., Cummings A.G. Iliac Hernia following Hip Arthrodesis. Clin Orthop., 1971, 80, 89-91.

6.-Lewin M.L., Bradley E.T. Traumatic iliac hernia with extensive soft tissue loss. Surgery, 1949, 26, 601.

7.-Lotem M., Maor P., Haimoff H., Woloch Y. Lumbar Hernia at an Iliac Bone Graft Donor Site. A case Report. Clin. Orthop., 1971, 80, 130-132.

8.-Oldfield M.C. Iliac hernia after bonegrafting, Lancet, 1945, 1, 810-812.

9.-Procyk S. Eventration iliaque apres prelevement osseux iliaque posterieur. Une technique originale de reconstruction. J. Chir. ( Paris), 1992, 129(5), 276-279.

10.-Pyrtek L.J., Kelly C.C. Management of herniation through large iliac bone defects. *Ann. Surg.*, 1960, 152, 998-1003.

11.-Reid R.L. Hernia through an iliac bonegraft donor site. *J. Bone Joint Surg.*, 1968, 50-A, 757-760.

12.-Verhengen P., Goffin R., Musin L. Hernia iliaque apres prelevement osseux subostruction. *Acta Chir. Belgica*, 1965, 64, 1051-1056.

Keiller VH. Cartilaginous tumors of bone. *Surg Gynecol Obstet.*, 1925, 40, 510-521.

Phemister DV. Chondrosarcoma of bone. *Surg Gynecol Obstet.*, 1930, 50, 216-233.

Lindbom A, Soderberg G, Spujt HJ. Primary chondrosarcoma of bone. *Acta Radiol.*, 1961, 55, 81-96.

Barnes R, Catto M. Chondrosarcoma of bone. *J Bone Joint Surg.*, 1966, 48-B, 729-764.

Henderson ED, Dahlin DC. Chondrosarcoma of bone. A study of two hundred and eighty-eight cases. *J Bone Joint Surg.*, 1963, 45-A, 1450-1458.

O'Neal LW, Ackerman LV. Chondrosarcoma of bone. *Cancer*, 1952, 5, 551-577.

Campanacci M, Guernelli N, Leonessa C, Boni A. Chondrosarcoma: A study of 133 cases, 80 with long-term follow-up. *Ital J Orthop Traumatol.*, 1975, 1, 387-414.