



Sarcoma osteogénico osteoblástico de hueso parietal. Presentación de un caso

Ramos de la Cruz Romeo,* Dorian Giraldo Iván,**
Hernández Bastida Antonio***

RESUMEN

El sarcoma osteogénico primario del cráneo es una condición extremadamente rara. Presentamos el caso de un hombre de 31 años, quien presentó tumor en región parietal derecha. Se le realizó craneotomía y los hallazgos microscópicos corresponden a sarcoma osteogénico de hueso parietal. El origen de los sarcomas osteogénicos en esta localización anatómica están asociados a exposición de radiaciones, traumas de cráneo y enfermedad de Paget. Independientemente de la variante histológica del tumor, el porcentaje de recidivas es extremadamente alto.

Palabras clave: Sarcoma osteogénico del cráneo, parietal, enfermedad de Paget.

ABSTRACT

Primary osteogenic sarcoma of the skull is an very rare condition. We present the case of a 31-year-old man, who had a tumor in the right parietal bone. The craniotomy was done and the microscopic findings are congruence with osteogenic sarcoma of the parietal bone. The origin of the osteogenic sarcoma in this anatomical localization are associated to radiation, head trauma and Paget's disease. Independent of the morphologic variations of the tumor the percentage in relapse is exceedingly high.

Key words: Osteogenic sarcoma of the skull, parietal, Paget disease.

INTRODUCCIÓN

El sarcoma osteogénico se define como la neoplasia maligna en la que las células mesenquimatosas (osteoblastos) producen osteoide inmaduro o hueso inmaduro.¹ El sarcoma osteogénico ocupa el primer lugar de las neoplasias malignas primarias del hueso (20%). Tiene una presentación bimodal (10-20 y > 50 años), aunque la presentación es más común entre los 10-20 años (60%).¹ Es ligeramente más frecuente entre los hombres que entre las mujeres. Los huesos largos son los más afectados (tercio distal de fémur, región proximal de la tibia y húmero). Los sitios me-

nos frecuentes de presentación son: los huesos de la pelvis, los craneofaciales y los de pies y manos.^{1,2}

PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 31 años quien inició su padecimiento actual seis meses antes con cefalea pulsátil, mareos y sensación de cuerpo extraño en la región parietal derecha. Exploración física: se encontró proceso neoplásico que se extendía desde el cuero cabelludo hasta el hueso parietal derecho. Se sometió a craneotomía para resección del tumor. Descripción macroscópica: Se recibió hueso parietal con dimensiones de 13.1 x 12.6 x 7 cm; en la parte central presentaba una neoplasia de bordes mal definidos que midió 9 x 7.6 x 6 cm, sólida, de color café-rojiza y de consistencia dura (*Figura 1*). Descripción microscópica: En los diferentes cortes, se observa que las célu-

* Servicio de Patología Quirúrgica, Hospital Obregón.

** Servicio de Neurocirugía, Hospital Obregón.

*** Servicio de Terapia Intensiva, Hospital Obregón.



Figura 1. Fotografía macroscópica de tumor en hueso parietal derecho.

las corresponden a osteoblastos. Éstos son fusiformes, tienen pleomorfismo intenso de los núcleos, con nucléolos aparentes, citoplasma eosinófilo y alargado; las células neoplásicas producen osteoide inmaduro, tienen mitosis atípicas y están rodeadas de necrosis (Figura 2).

DISCUSIÓN

Los sarcomas osteogénicos de la bóveda del cráneo son extremadamente raros, representan menos del 1%.³ Por la localización anatómica, el tumor detectado en nuestro caso se conoce como sarcoma osteogénico craneofacial y la frecuencia de presentación de éste es 6-10%;⁴ el maxilar y la mandíbula son los sitios más comúnmente afectados. Los sarcomas osteogénicos craneofaciales predominan entre los 20 y 40 años de edad.^{4,5} Cuando este tumor tiene como localización anatómica los huesos del cráneo, no están relacionados con los factores del crecimiento, pero sí se sabe que se originan en la porción membranosa de los huesos planos de la bóveda del cráneo.

Los huesos de la bóveda que tienen una porción membranosa son: frontal, parietal y occipital, y es aquí de donde se origina el mayor número de casos de los sarcomas de la bóveda. Es difícil encontrar osteosarcomas de la base del cráneo; esto es debido a que los huesos de este sitio tienen como origen hueso preformado de cartilago.¹

Otra situación que llama la atención es que los osteosarcomas craneofaciales se presentan en edades en que los huesos ya terminaron su mineralización (hueso maduro); el 80% de los casos se presenta después de los 20 años y es difícil ver el sarcoma osteogénico de la bóveda en adolescentes y niños.^{1,2}

Aunque la etiología es desconocida, hay factores que aumentan el riesgo para el desarrollo del osteosarcoma del cráneo como son: exposición a radiaciones, lesiones preexistentes (enfermedad de Paget), factores genéticos, traumatismos y material tipo cuerpo extraño.⁸⁻¹¹ Se ha encontrado una fuerte asociación del tumor en esta localización anatómica con la enfermedad de Paget, ya que en la mitad de todos los casos se ha demostrado el antecedente previo de la enfermedad.¹

El patrón morfológico más frecuente de los sarcomas osteogénicos craneofaciales es el de tipo con-

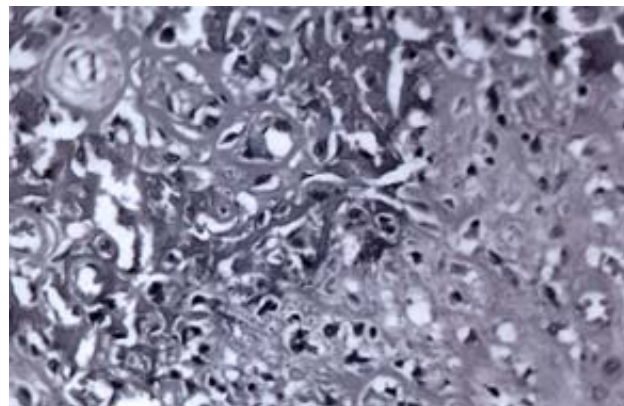


Figura 2. Células neoplásicas produciendo osteoide. También se observan áreas de necrosis. (HE, 40X).



Figura 3. Recidiva del tumor un año después de craneotomía.

droblástico.^{1,4,5} Este patrón histológico tiene un mejor pronóstico; sin embargo, este caso no coincide con esa variante histológica, ya que el caso que nosotros presentamos es el de tipo osteoblástico.

El tratamiento es quirúrgico y el pronóstico es desfavorable en la mayor parte de los casos, ya que la frecuencia en recidivas es alta (80%);^{6,7} esto pese al complemento de radio y quimioterapia. Este caso coincide con la estadística de las publicaciones revisadas respecto a las altas frecuencias de recidivas, ya que el tumor volvió a aparecer un año después del primer evento quirúrgico (*Figura 3*).^{6,7}

BIBLIOGRAFÍA

1. Howard D, Czerniak B. Sarcoma osteogenico. In: Dorfman H. Bone Tumors. St Louis, Missouri: Mosby; 1998. pp. 129-247.
2. Serrano S. Anatomía Patológica Ósea. En: Serrano S. Anatomía Patológica. España: Mosby/Doyma Libros; 1997. pp. 1159-1188.
3. Jroundi L, Barkouchi F, Chakir N, El Quesear A, Jiddane M, Bacardi D. Occipital osteosarcoma of a 33 years old man: A case report. J Radiol 2006; 87: 63-64.
4. Foltz J, Jackson D. Osteogenic sarcoma of the mandible: A 24-year follow-up study. J Oral Maxillofac Surg 1982; 40: 48-51.
5. Koteshwer RK, Pillai KG, Sripathi Rao BH, Nayak RG. Osteosarcoma of facial bones. Int J Oral Surg 1983; 12: 106-109.
6. Huvos AG, Sundaresan N, Bretsky SS, Butler A. Osteogenic sarcoma of the Skull: a clinicopathologic study of 19 patients. Cancer 1985; 56: 1214-1221.
7. Vaquero J, Carrillo R, Leunda G, Cabezudo JM. Primary osteogenic sarcoma of the skull. Acta Neurochir (Wien) 1979; 51: 97-104.
8. Maghami EG, St-John M, Bhuta S, Abemayor E. Postirradiation sarcoma: A case report and current review. Am J Otolaryngol 2005; 26: 71-74.
9. McHugh JB, Thomas DG, Herman JM, Ray ME, Baker LH, Adsy NV, Rabah R, Lucas DR. Primary versus radiation-associated craniofacial osteosarcoma: Biologic and clinicopathologic comparisons. Cancer 2006; 107: 554-562.
10. Mancebo AL, Lacambra CC, Jorge BA, Coarasa CA, Guadano SV. Paget's disease of the skull osteosarcoma and neurological symptoms associated. Eur Radiol 1998; 8: 1145-1147.
11. Alcántara VA, González FV, Ramos CR. Sarcoma osteogénico de hueso y sus variantes morfológicas. Clínicas del Hospital General de México: Anatomía Patológica 2003; 6: 103-116.

Correspondencia:

Dr. Romeo Ramos de la Cruz
"Hospital Obregón"
Álvaro Obregón núm 127
Col. Roma
06700 México, D.F.
Tel: 55-11-40-00 ext. 135
E-mail: ramosdlac@hotmail.com