

El tumor óseo de células gigantes, llamado también osteoclastoma. Fue descrito por Cooper en 1818, quien además afirmó, que esta clase de tumores presentan características benignas.

Lebert nuevamente lo describe en 1845, pero fue Jaffe quien escribió la fisiopatología de este tumor óseo primario

El 90% de tumores extramedulares son malignos y 75% de estos son metástasis

Los tumores primarios óseos vertebrales son raros, de ellos los tumores de células gigantes solamente suman el 4,5% de todos los tumores primarios óseos (en las estadísticas de USA, mientras en China se ha descrito una incidencia hasta del 20%), y el 15% de los tumores benignos de la columna vertebral

Los tumores de células gigantes, se presentan con mayor incidencia en la tercera década de la vida, y son más frecuentes con una relación de 2:1 en mujeres.

Se localizan preferentemente en los huesos largos y especialmente en la porción epifisiaria de los mismos. Los huesos más comprometidos son el fémur en su porción distal, la tibia en su porción proximal, el radio, la pelvis y raramente se observan en los huesos craneanos (algunos están descritos en el esfenoides) y en la columna vertebral, donde pueden crecer a cualquier nivel, pero con preferencias por el sacro y menor presentación en la región cervical, donde están informados en la literatura médica en forma aislada.

Las metástasis del tumor de células gigantes se presentan en 2% de los pacientes y son siempre pulmonares. Igualmente, se observa que cuando se encuentran metástasis hay casi siempre recidivas locales en los sitios de la resección del tumor primario, aunque han sido informadas metástasis sin recidivas tumorales locales aisladamente en la literatura

Los factores que regulan la recurrencia y las metástasis se podrían pronosticar por la agresividad que se observe en la presentación y evolución clínica de los pacientes, así como en el comportamiento radiológico de las lesiones

La descripción del análisis anatómo-patológico es típica, varía el tamaño del tumor y este puede invadir tejidos blandos vecinos, se observa una superficie tumoral sólida y una trabécula fibrosa con áreas hemorrágicas. En el análisis microscópico se describen 2 componentes: las células gigantes, características de la lesión y las células estromales (mononucleares que recuerdan los osteoclastos)

Pueden invadir los tejidos blandos vecinos a la lesión

Estos tumores tienen una alta tasa de recidiva local

Las lesiones espinales que comprometen las regiones anteriores y posteriores vertebrales tienen una tasa mayor de recidivas, igualmente que aquellas que muestran invasión de los tejidos blandos adyacentes. El mejor tratamiento de estas lesiones neoplásicas es la resección quirúrgica total con márgenes amplios perilesionales, para evitar que se presenten recidivas tumorales posquirúrgicas

Han sido descritas recidivas locales hasta de un 75% cuando las lesiones solamente son tratadas con curetaje simple, del 45% si tratadas únicamente con radioterapia, y del 46% si se resecan quirúrgicamente con márgenes intralesionales y se complementan con radioterapia.

Si el tratamiento quirúrgico realizado es solamente curetaje y se le asocia crioterapia se observa una disminución de las recidivas locales hasta de un 10%.

Algunas publicaciones médicas han relacionado los tratamientos quirúrgicos asociados a tratamientos radioterapéuticos con la transformación en lesiones malignas, especialmente sarcomas, en el sitio de la resección quirúrgica en un 11% de los casos

Muchos tumores por su localización pélvica, sacra o en la columna vertebral, no son resecables en su totalidad, han sido tratados con resecciones quirúrgicas parciales asociadas a radioterapia, mostrando evoluciones satisfactorias con buen pronóstico, así, como también se han publicado estudios clínicos en los cuales se describen tratamientos con radioterapia de poca intensidad, que han evidenciado ser seguros y de buen pronóstico, sin haberse producido malignidad

Hay referencias bibliográficas de tratamientos únicos con radioterapia con buen pronóstico de vida, como también hay informes de tratamientos realizados con altas dosis de radioterapia sin mejoría del pronóstico ni de las recidivas, mostrando una falta de consenso universal en el abordaje final de estas lesiones.

En las publicaciones más recientes se observa el uso de embolizaciones preoperatorias de la lesión con buenos resultados, como también el uso de la embolización arterial como única terapéutica

La presentación radiológica de estas neoplasias es típica, se manifiestan en la radiología simple como una lesión osteolítica expansiva, destructiva. En la tomografía computarizada, la lesión lítica muestra ocupación del cuerpo vertebral, los pedículos y el arco neural. Y en la resonancia magnética se observa una señal heterogénea tanto en T1 como en T2, multiquística, con bloques llenos de material de degradación sanguíneo

From:

<https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - **Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661**

Permanent link:

[https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=tumor\\_oseo\\_de\\_celulas\\_gigantes](https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=tumor_oseo_de_celulas_gigantes)

Last update: **2025/05/03 23:59**

