

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON

FACULTAD DE MEDICINA

5to. Año

TUMORES OSEO

MATERIA. TRAUMATOLOGIA

DOCENTE. DR. R. ZABALA

ALUMNOS. TERRAZAS V. ASTRID

TERRAZAS E. FREDDY

COCHABAMBA 24 SEPTIEMBRE 1999

TUMORES OSEOS

Los tumores óseos primitivos son raros. Los malignos corresponden a menos del 1,2% de todos los tumores malignos. Derivan de cualquiera de las células que se encuentran en el huso como son osteoblastomas, condrocitos, células de tejidos blandos y células de médula ósea.

La etiología es desconocida, aunque en algunos casos existe una relación, que suele establecer el enfermo, con traumatismos. En muchos casos, posiblemente el traumatismo solo ha servido para desenmascarar el cuadro clínico. La radiación previa se relaciona en algunos tumores como osteosarcoma o tumores de partes blandas intraoseas. El intervalo entre radiación y desarrollo del tumor suele ser mayor de 10 años. Finalmente, no es infrecuente que algunos tumores óseos malignos aparezcan sobre áreas donde existió alguna lesión ósea benigna, como displasia ósea, osteomielitis y sobre todo enfermedad de Paget.

Existe una gran variedad morfológica, lo que unido a su escasa frecuencia, motiva que por lo general, resulta difícil establecer el diagnóstico. No obstante, los tumores óseos suelen tener patrón de presentación relativamente constante, por lo que además de la biopsia, es imprescindible conocer la edad del paciente, el hueso afecto, la localización del tumor dentro del hueso (epífisis, metafisis, diafisis, cortex, médula, periostio) y el aspecto radiológico (lítico, esclerótico, calcificaciones, bordes bien o mal definidos, reacción perióstica, etc).

La clasificación de los tumores óseos se basa en la histogénesis y en su comportamiento.

TUMORES PRIMARIOS

a) Tumores formadores de hueso

I Benignos

- ◆ Osteoma
- ◆ Osteoma osteoide
- ◆ Osteoblastoma

II Malignos

- ◆ Osteosarcoma

b) Tumores formadores de cartilago

I Benignos

- ◆ Osteocondroma
- ◆ Condroma
- ◆ Fibroma condromixoide
- ◆ Condroblastoma

II Malignos

- ◆ Condrosarcoma
- ◆ Condrosarcoma mesenquimal

c) Tumores derivados de la notocorda

- ◆ Condroma

d) Tumores de origen medular

- ◆ Linfoma
- ◆ Mieloma

e) Tumores tejidos blandos primarios en el hueso

f) Tumores de origen desconocido

- ◆ Tumor de células gigantes
- ◆ Sarcoma de Ewing

◆ Adamantinoma

METASTASIS

Las características generales de los tumores y lesiones pseudotumorales más habituales de

Lesión	Incidencia	Edad	Sexo	Localización	Localización
			VM		huesos largos
Malignos					
Adamantinoma	0.3%	70 - 40	1:1	Tibia, peroné, radio, fémur	Diafisis
Condrosarcoma	10%	30 - 70	1:1	Coxal, fémur, costillas, húmero, columna vertebral	Metafisis
Condroma	4%	40 - 80	2:1	Sacro, coxis, esenooccipital, columna vertebral	
Mieloma	45%	45 - 80	2:1	Vértabras, pelvis, costillas, esternón, cráneo	
Osteosarcoma	20%	10 - 25	1:1	Fémur, tibia, humero	Metafisis
Sarcoma de Ewing	6%	10 - 25	2:1	Fémur, tibia, humero, coxal, columna vertebral	Zona entre metafisis o diafisis
Benignos					
Condriblastoma	3%	10 - 25	2:1	Humero, fémur tibia	Epifisis
Condroma	11%	10 - 50	1:1	Manos, fémur, pies, humero	Metafisis o diafisis
Fibroma condromixioide	2%	5 - 35	1:1	Tibia fémur	Metafisis
Osteoblastoma	3%	10 - 30	2:1	Vértabra, tibia, fémur, humero, pelvis, costillas	Metafisis
Osteocondroma	40%	10 - 30	2:1	Fémur, humero, tibia	Metafisis
Osteoma		40-60	1:2	Cráneo, cara	
Osteoma, osteoide	11%	10 - 30	2:1	Fémur, Tibia	
Tumor de Células gigantes osteoclastoma	5%	20 - 40	4:5	Fémur, tibia, radio, sacro	Epifisis
Lesiones pseudotumorales					
Defecto fibroso metafisario		10 - 20	1:1	Tibia fémur, peroné	Metafisis

Displasia fibrosa		10 - 30	1:1	Costillas, fémur, tibia, maxilar inferior y superior, cráneo, cara	Metafisis o diafisis
Histiositosis X				Cráneo, mandíbula, húmero, costilla, fémur	Metafisis o diafisis
Quiste óseo aneurismático		10 - 20	1:1	Fémur, tibia, húmero, costilla,	Metafisis
Quiste óseo simple		10 - 20	3:1	Húmero, fémur	Metafisis

OSTEOMA

Es una lesión benigna en forma de excrecencia, que crece a partir de huesos con osificación de tipo intramembranoso como los del cráneo y la cara. Es dudoso que se trate de una auténtica neoplasia. Podría ser el resultado de una alteración del desarrollo óseo, o el estadio final bien de un proceso reparativo o bien de otras lesiones, como la displasia fibrosa. Es frecuente en los individuos con síndrome de Gardner (poliposis intestinal, fibromas, fibromatosis y quistes de inclusión epidérmica).

Su incidencia real es desconocida porque la mayoría de los pacientes son asintomáticos. Es más frecuente entre los 40 y los 60 años. Los situados en la órbita pueden causar exoftalmos y ceguera por compresión del nervio óptico. Los localizados en los senos paranasales pueden obstruir el drenaje de los mismos y provocar sinusitis.

Radiológicamente se observa un área de engrosamiento óseo radioopaco y de bordes bien definidos. Morfológicamente se trata de hueso maduro de estructura laminar y generalmente, de tipo compacto. No se suele tratar por no dar sintomatología.

OSTEOMA OSTEÓIDE.

Es un tumor caracterizado por poseer una estructura bien definida, con una zona central denominada nidus y una zona periférica de hueso reactivo.