

DEBATE ABIERTO

CASO CLÍNICO N° 1 | AÑO 2014

Embolización pre quirúrgica de metástasis ósea

Entrevistas:

Dr. Bartolome Luis Allende
Médico traumatólogo
Servicio de Traumatología Sanatorio Allende
Córdoba

1) ¿Qué repercusión quirúrgica tiene la embolización antes de la resección de tumores hipervascularizados?

Las lesiones líticas metastásicas pueden ser muy dolorosas y limitar en forma importante la función y las actividades de la vida diaria.

El manejo quirúrgico de las lesiones óseas metastásica generalmente incluye una resección intralesional (no oncológica) más osteosíntesis con placas y tornillos, clavos endomedulares y/o reemplazos articulares. En los casos más infrecuentes, donde la lesión metastásica es única (como este caso en discusión) y el tumor primario así lo permite, el tratamiento quirúrgico incluye una resección oncológica (toda la lesión) y sustitución con algún tipo de artroplastia. La embolización previa en los pacientes con tumores hipervascularizados es fundamental, reduce la pérdida sanguínea intraoperatoria, la necesidad de transfusiones y el tiempo quirúrgico; esto nos va a evitar complicaciones intraoperatorias (sangrado), y nos va a permitir hacer una resección por bordes sanos (resección oncológica).

2) ¿Cuáles son los tumores óseos que con más frecuencia es necesaria la embolización pre quirúrgica?

Todas las metástasis secundarias a tumores renales, tiroides y carcinoma hepatocelular, o frente a la presencia de una masa tumoral de partes blandas, de gran tamaño extra ósea deben ser evaluadas / embolizadas previo al tratamiento quirúrgico.

3) ¿Cuáles son las localizaciones tumorales que más frecuentemente requieren de embolización pre quirúrgica?

Las metástasis ósea en regiones anatómicas muy vascularizadas en especial alrededor de la pelvis son candidatas a arteriografía / embolización previa (aunque no sean de origen renal).

Wirbel y col. (Preoperative embolization in spinal and pelvic metastases. J Ortho Sci 2005;10(3):253-257) reportaron una serie de 11 pacientes con metástasis en pelvis a los que se embolizó previo a la cirugía, y se los comparó con un grupo control sin embolización de 10 pacientes. El grupo embolizado obtuvo una menor pérdida sanguínea y menor número de transfusiones requeridas ($p=0.05$).

DEBATE ABIERTO

CASO CLÍNICO N° 1 | AÑO 2014

Embolización pre quirúrgica de metástasis ósea

Prof. Dr. Mario Castellari
Jefe Sección Angiografía e Intervencionismo Percutáneo
Instituto Oulton
Médico adjunto Servicio Hemodinamia Intervencionista
Hospital Córdoba, Córdoba

1) ¿Qué material es el disponible actualmente para el tratamiento paliativo/curativo de tumores?

La indicación del tratamiento es pre quirúrgico (24 hs. previas a la cirugía), para inhibir el sangrado (tumor hipervascolarizado) o bien es paliativo para disminuir o inhibir el crecimiento tumoral.

En este caso cuyo objetivo es disminuir el sangrado durante la cirugía, la embolización es subselectiva (proximal a la lesión) de arterias nutricias tumorales excluyendo el lecho capilar, eventualmente inhibir el crecimiento tumoral.

El material - agente embólico de elección, son micro-partículas, cuyo tamaño depende del calibre de las arterias nutricias (generalmente PVA tamaño mediano 300-500 micras). También puede utilizarse spongostan.

En los casos en que la lesión esté localizada en áreas delicadas (Ej. columna) se recomienda embolizar con coils distal a la lesión (es decir porción proximal de arterias /s nutricia/s).

2) ¿Qué complicaciones son las más frecuentemente asociadas a embolización de tumores?

Embolizar fuera del objetivo.

Fallo renal.

Control del síndrome post-embolización con un adecuado soporte de atención y cuidados.

3) ¿Cómo realiza el seguimiento cuando trata tumores hipervascolarizados?

Seguimiento multidisciplinario con oncólogo y cirujano músculo esquelético (traumatológicos) asociado a imágenes y laboratorio general y específico.

En la embolización paliativa si se asocia a radioterapia aumenta la eficacia del tratamiento.

DEBATE ABIERTO

CASO CLÍNICO N° 1 | AÑO 2014

Embolización pre quirúrgica de metástasis ósea

Dr. Marcelo Lavarda
Médico Oncólogo
Servicio de Oncología y Hematología
Sanatorio Allende, Córdoba

1) ¿Cuáles son los tumores que con más frecuencia es necesaria la embolización pre quirúrgica o curativa?

Los tumores que más frecuentemente necesitan la utilización de embolización son los de afectación hepática exclusiva como el hepatocarcinoma, tumor carcinoide, y en menor medida la enfermedad metastásica al hígado de origen digestivo (adenocarcinoma de colon preferentemente). En muchos casos se utiliza en estas indicaciones como tratamiento único.

En segundo lugar, con objetivo paliativo, en los tumores sangrantes de cualquier lugar de la economía, más frecuentemente el tumor renal con hematuria franca, los tumores de cabeza y cuello y sarcomas localmente avanzados, habitualmente cuando el sangrado es muy profuso, que puede producir descompensación hemodinámica, o que afecta la calidad de vida del paciente, o cuando la cirugía no es una opción por estado clínico del enfermo.

2) Con respecto a este caso, ¿hubiera adoptado algún tratamiento asociado? (Quimioterapia/ radioterapia)

Los criterios para la cirugía o tratamiento endovascular de enfermedad metastásica pueden diferir.

En general, cuando la enfermedad metastásica es única se prefiere la conducta quirúrgica si el paciente presenta una chance de cura o sobrevida prolongada.

Si la enfermedad metastásica es múltiple se prefieren tratamientos menos agresivos como la radioterapia o la embolización (dependiendo de la sintomatología y las chances de respuesta, pues la embolización se prefiere en tumores sangrantes).

En enfermedad metastásica ósea, cuando el tumor es muy vascularizado, muchos cirujanos prefieren la embolización previa para disminuir el riesgo de sangrado perioperatorio y así las complicaciones. Este es el caso de los tumores renales.

3) ¿Cómo es el seguimiento a largo plazo de los pacientes tratados mediante embolización curativa/paliativa?

El seguimiento adecuado de un carcinoma renal localizado es cada 4-6 meses con imágenes, laboratorio y examen clínico dependiendo de factores de riesgo presentes al momento del diagnóstico.

En la enfermedad metastásica, el paciente habitualmente se acompaña de tratamientos sistémicos con las terapias hoy día disponibles, asociados en el caso de enfermedad ósea, de ácido zoledrónico con el objetivo de disminuir las complicaciones óseas, por lo que el paciente requiere seguimiento mensual.