

Osteocondroma de columna dorsal con compresión medular

Dr. BARTOLOMÉ L. ALLENDE*

Los tumores óseos benignos dentro del canal vertebral que comprimen la médula son muy raros en pacientes adultos. Los osteocondromas de columna pueden presentarse como una masa asintomática, como compromiso de raíz medular, o como compromiso medular, de acuerdo con su localización y tamaño². Roblot y colaboradores⁶, en 1990, en una revisión bibliográfica, encontraron solamente 5 casos de osteocondroma solitario de columna dorsal asociado a lesión neurológica; a nivel nacional, en 1992, Ortolan y colaboradores⁴ presentaron un caso de condroma a nivel lumbar.

Presentamos tres pacientes adultos con osteocondroma solitario de columna dorsal con compresión medular; dos debutan con un cuadro de mielopatía y el tercero aparece como un hallazgo radiológico.

Caso Nº 1

Paciente de 60 años de edad, sexo masculino, que consulta por dolor dorsolumbar de aproximadamente 6 meses de evolución, sin antecedente traumático, asociado con debilitamiento progresivo en miembros inferiores e inestabilidad en la marcha, y con una alteración en la función intestinal. Al examen físico se presentaba con una disminución de la fuerza muscular y una hiperreflexia patelar y aquileana bilateral. El laboratorio y la radiografía de columna dorsolumbar era normales.

La resonancia magnética nuclear (RMN) (Figura 1) muestra una imagen hipointensa, heterogénea, extradural a nivel T7-T8 que comprime y desplaza el canal medular, sin anomalías óseas ni discuales a dicho nivel.

La tomografía axial computada (TAC) nos mostraba una imagen osteogénica extradural de 1 cm

de diámetro a nivel del borde posterior del cuerpo de T8 con protrusión al canal medular.

Con el diagnóstico presuntivo de osteocondroma se realiza una resección tumoral mediante un abordaje anterolateral derecho (transtorácico), previa marcación vertebral bajo TAC, corporectomía par-



Figura 1

* Residente Ortopedia y Traumatología, Sanatorio Allende, Hipólito Yrigoyen 384, (5000) Córdoba.

cial de T7 y T8, y estabilización con placa de osteosíntesis anterior más autoinjerto óseo. Se envía material a anatomía patológica, donde se confirma el diagnóstico de osteocondroma.

El paciente evolucionó favorablemente, con desaparición de su sintomatología.

Caso Nº 2

Paciente de 64 años de edad, sexo femenino, que consulta por dificultad para caminar de 5 años de evolución, sintomatología que aumenta en los últimos 9 meses. Al examen físico se presenta con paraparesia espástica, automatismo en extensión, Babinski e hiperreflexia bilateral, rigidez espástica, clonus, pérdida de control de esfínteres y nivel sensitivo T11-T12. A la radiografía se observaban cambios degenerativos a nivel dorsal.

La RMN muestra una lesión osteoblástica redondeada, de bordes netos, que se proyecta en el canal vertebral, que ocupa el 90% de su luz y comprime el canal medular a nivel de T11.

Con el diagnóstico presuntivo de hernia de disco calcificada, se realiza una liberación medular por un abordaje posterolateral de columna dorsal, la que fue muy difícil por la vía empleada y la extensión de la tumoración; se envía material a anatomía patológica, donde se informa osteocondroma; en el postoperatorio no hubo cambio de su cuadro neurológico.

Caso Nº 3

Paciente de 36 años de edad, sexo femenino, que

consulta por intenso dolor en región dorsal irradiado a cara anterior de tórax, actualmente en tratamiento con corticoides desde hace 10 años por fibrosis pulmonar; en la radiografía se observa aplastamiento de dos cuerpos vertebrales (T5-T6) con destrucción del disco intervertebral; el diagnóstico bacteriológico y anatomopatológico demostró una infección a dicho nivel. Los estudios de RMN y TAC (Figura 2) muestran una imagen en el borde posterior y superior del cuerpo de T7 dentro del canal raquídeo de 7 mm de diámetro transversal, que desplaza las estructuras nerviosas, de matriz condrocálcica. Estas imágenes tienen las características típicas de un osteocondroma.

La sintomatología que presenta está producida por su proceso infeccioso y su lesión intracanal fue diagnosticada por los estudios realizados en esa región.

Posiblemente con el tiempo este tumor crezca, llegue a comprimir la médula y producir sintomatología neurológica.

DISCUSIÓN

Son causas de compresión medular en el adulto³⁸:

- 1) Fracturas: a) traumáticas; b) patológicas.
- 2) Infecciones.
- 3) Tumores: a) primitivos (benignos y malignos); b) secundarios (intradurales y extradurales).
- 4) Discopatías.

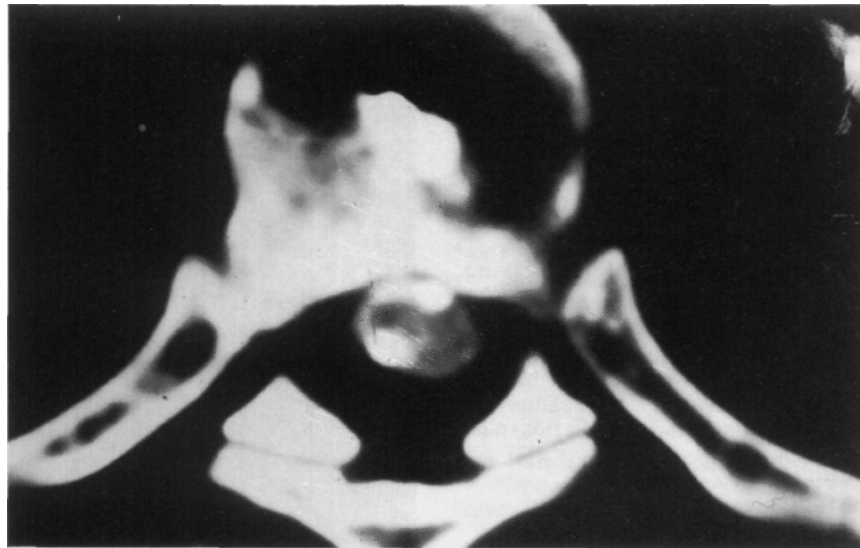


Figura 2

5) Alteraciones degenerativas.

6) latrogenias.

Presentamos tres casos de compresión medular por tumor óseo primitivo benigno extradural.

La incidencia de compresión medular por osteocondroma a nivel de columna dorsal en adultos es extremadamente rara.

Si bien el osteocondroma es el tumor óseo benigno más frecuente (41-50%), el compromiso de la columna vertebral en estas lesiones ocurre en menos de un 7% de los casos, siendo la compresión medular en estos menor al 1%. El riesgo de malignización es de 1,5%^{5,7}.

Un tumor óseo benigno rara vez produce dolor, contractura muscular, escoliosis antálgica o limitación del movimiento; generalmente debuta con un cuadro neurológico (casos 1 y 2) o el diagnóstico se hace por casualidad al realizar un estudio de diagnóstico por imagen de esa región (caso 3).

Al ser de crecimiento lento, los tumores óseos benignos producen una importante compresión antes de producir un déficit neurológico; por otro lado, un pequeño tumor del canal raquídeo en la columna dorsal da una importante compresión por la estrecha relación continente-contenido.

Estos pacientes se estudian en forma completa clínicamente y por diagnóstico por imágenes para llegar a un diagnóstico presuntivo del tipo de lesión, tamaño, localización exacta y relación con estructuras vecinas. La punción biopsia guiada por TAC, y en ciertos casos la resección de la lesión, son necesarias para llegar al diagnóstico definitivo.

Se debe evaluar y documentar en el preoperatorio la lesión neurológica, para valorar todo cambio que se produzca en el postoperatorio inmediato y alejado.

En el preoperatorio inmediato se marca la lesión: a) mediante algún marcador coloreado para visualización directa como tinta china, azul de metileno o carbón; o b) mediante la colocación en un cuerpo vertebral de algún marcador metálico que permita su localización con la ayuda de intensificador de imágenes o radiografías intraoperatorias.

El abordaje depende de la localización del tumor. Cuando la lesión que se quiere reseca asienta en el cuerpo vertebral y protruye hacia el canal raquídeo, el abordaje preferido es anterolateral (transtorácico); también se puede utilizar el posterolateral cuando su ubicación es más lateral⁸.

Si al resecar el tumor se crea una inestabilidad en la columna, se dispondrá de implantes e injerto óseo (obtenido de costilla reseca en el abordaje si el indicado es el anterolateral) para su estabilización.

Esta es una región anatómica donde la resección de cualquier estructura que ocupe el canal puede producir una importante secuela, a veces de por vida; por esto se debe cuidar al máximo de realizar un meticuloso plan preoperatorio y cuidadosa técnica quirúrgica. El paciente debe estar informado de los riesgos del tratamiento incruento y de la cirugía. La resección completa de la lesión da un excelente resultado clínico en la mayoría de los casos, sin tendencia a la recidiva^{3,8}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Castagno A: Tumores vertebrales primitivos. Rev AAOT 1996; 61 (2): 216-225.
2. Marchand E, Villemure J, Rubin J et al: Solitary osteochondroma of the thoracic spine presenting as spinal cord compression. A case report. Spine 1986; 11 (10): 1033-1044.
3. OKU Spine: Tumors of the spine. AAOS 1997; 235-256.
4. Ortolan EG, Sola C, Gruenberg M et al: Condroma extraesquelético intracanal de columna lumbar. Rev AAOT 1992; 57 (2): 235-237.
5. Palmer FJ, Blum PW: Osteochondroma with spinal cord compression. J Neurosurgery 1980; 52: 842-845.
6. Roblot P, Alcalay M, Cazenave-Roblot F et al: Osteochondroma of the thoracic spine. Report of a case and review of the literature. Spine 1990; 15 (3): 240-243.
7. Schajowicz F: Cartilage forming tumors. In: Tumors and tumorlike lesions of bone, Chapter II. Springer Verlag, 1994.
8. Weinstein JN, McLain RF: Tumors of the spine. In: Rothman-Simeone: The Spine, Chapter 33. WB Saunders Company, 1992.