

Raquialgia dorsal: A propósito de un caso de osteocondroma costal

V. RAMANZIN y M. CARRASCO

Departamento de Cirugía de la Columna Vertebral, Centro Centenario, Buenos Aires.

Caso clínico

Mujer de 62 años de edad, sin antecedentes de enfermedades ni traumatismos previos. Consulta por dolor paravertebral derecho a nivel dorsal alto, irradiado a hemitórax derecho. En las radiografías simples no se observan lesiones, por lo que fue medicada con antiinflamatorios, miorelajantes y fisioterapia durante 6 meses, sin que mejorara su dorsalgia.

El centellograma óseo con Te 99 reveló hipercaptación a nivel costovertebral derecho (3ra. vértebra dorsal).

La tomografía axial computarizada (TAC) mostró deformidad costovertebral derecha a nivel DIII, vinculable con osteocondroma. La resonancia magnética nuclear (RMN) evidenció una imagen compatible con osteocondroma en ese mismo nivel.

El 24 de julio de 1998 fue intervenida quirúrgicamente, reseccándose una tumoración sólida del arco de la 3ra. costilla que deformaba la apófisis transversa de DIII.

El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de osteocondroma.

En la evaluación posoperatoria a los tres meses y luego al año, el dolor había desaparecido por completo.

Discusión

La incidencia del osteocondroma costal es del 3% de todas las localizaciones del esqueleto;¹⁻³ por lo general, se

trata de lesiones solitarias.² Los osteocondromas solitarios afectan más a los hombres y la mayoría de los pacientes son menores de 20 años.⁵ Estas tumoraciones son a menudo asintomáticas.⁷

En la bibliografía consultada se informa hasta la actualidad sobre cinco casos de osteocondroma costal con invasión hacia el conducto medular torácico a través del foramen intervertebral.^{4,5} Dos eran hombres y tres, mujeres; dos de ellos tenían exostosis múltiple hereditaria y tres casos eran lesiones solitarias. Tres pacientes tenían alteraciones neurológicas.^{3,8}

La dificultad diagnóstica respecto del caso que se comunica radicó en el desconocimiento de la estructura que producía los síntomas, dado que éstos podían provenir del esqueleto o de órganos torácicos, así como podía tratarse de un dolor referido visceral abdominal. A veces, como ocurrió en otros casos comunicados, la presencia de alteraciones neurológicas orienta la búsqueda a la columna,¹⁸ comenzándose el estudio con TAC y RMN de la columna.

La hiperconcentración del radiofosfato en pacientes con imágenes compatibles con osteocondromas puede estar inducida por traumatismo o estrés, o indica crecimiento y se debe sospechar una transformación sarcomatosa.⁶

En el paciente que presentamos, creemos que la hipercaptación centellográfica ocurrió por los cambios degenerativos e inflamatorios de la articulación costotransversa. Nuestra hipótesis es que estas alteraciones eran las que provocaban el dolor en esta paciente.⁶

Recibido el 13-10-1999. Aceptado luego de la evaluación el 9-3-2000.

Correspondencia:

Dr. V. RAMANZIN
Centro Centenario
Departamento de Cirugía de la Columna Vertebral
L. Marechal 876
(1405) Capital Federal
Argentina
Tel.:4958-1497

Referencias bibliográficas

1. **Albrech, S, y Crutchfield, JS:** On spinal osteochondroma. *J Neurosurg*, 77: 247-252, 1992.
2. **Huvos, AJ:** *Bone tumors: Diagnosis treatment and prognosis*. 2ª ed. Filadelfia: Saunders; 253-264, 1991.
3. **Kane, PJ:** Osteochondroma of the rib. *Surg Neural*, 41:414-417, 1994.
4. **Querini, G; Meyer, J; Herman, M, y Russell, E:** Osteochondroma of the thoracic spine: An unusual cause of spinal cord compression. *AJNR*, 17: 961-964, 1995.
5. **Roblot, P, y Alcalay, M:** Osteochondroma of the thoracic spine. *Spine*, 15: 240-243, 1990.
6. **Rosenthal, L, y Lisbona, R:** *Skeletal imaging*. Nueva Jersey: Apleton-Century Crofts; 36-38, 1984.
7. **Schajowicz, E:** *Tumores y lesiones pseudotumorales de huesos y articulaciones*. Buenos Aires: Panamericana; 135-145, 1991.
8. **Tang, WM, y Leong, JCY:** Costal osteochondroma. *Spine*, 23(17): 1900-1903, 1998.