

Tumor de células gigantes maligno en columna vertebral. A propósito de un caso

ERNESTO CATALA, JORGE MALTER TERRADA, RICARDO CALDARA Y JOSE M. VARAONA

Hospital Alemán, Buenos Aires.

Presentación del caso

Paciente de sexo femenino de 69 años de edad, que consulta por lumbalgia de 4 meses de evolución, con episodios esporádicos de ciatalgia izquierda que no cedía con la medicación habitual ni con el tratamiento conservador. Sin antecedentes clínicos ni quirúrgicos de importancia. Tenía hipoestésias y déficit motor en el territorio de S1.

En los estudios radiográficos, se observaban imágenes compatibles con discopatía L5-S1, osteopenia regional con falta de delimitación del pedículo izquierdo de L5.

La eritrosedimentación era de 32 mm, y había leucocitosis (16,40 H mil/mm³).

En la resonancia magnética, se detectaba compromiso de la vértebra L5, en especial, en el sector izquierdo del cuerpo con extensión al pedículo y arco posterior, compatible con lesión atípica que también se extendía en forma moderada sobre la cara anterolateral izquierda del conducto raquídeo con desplazamiento del saco dural (Fig. 1).

En el sector L4-L5, el conducto estaba estrechado, debido a artrosis interapofisaria y engrosamiento del ligamento amarillo. Mínima anterolistesis de L4 y colapso de la vértebra DIO; no se observaban alteraciones significativas en sus señales que sugirieran lesión intrínseca en relación con la vértebra L5.

En el centellograma óseo corporal total, había hiper captación del radioisótopo en la vértebra L5.

La biopsia punción diagnóstica bajo tomografía computarizada reveló una proliferación de células atípicas heterogéneas, de extirpe fibrohistiocítica, con prevalencia de grandes elementos con multinucleación, hiper cromasia y macronucleolos. El tejido tumoral obtenido reconoció caracteres convencionales de un tumor de células gi-

gantes óseo maligno (indiferenciado), con sectores de proliferación mononuclear atípica (grado III).

Se decidió realizar el tratamiento quirúrgico en 2 tiempos. En el primero, se abordó por vía posterior la región afectada, se reseccó el arco neural posterior y el pedículo de L5. Se realizó instrumentación con tornillos transpedicula-

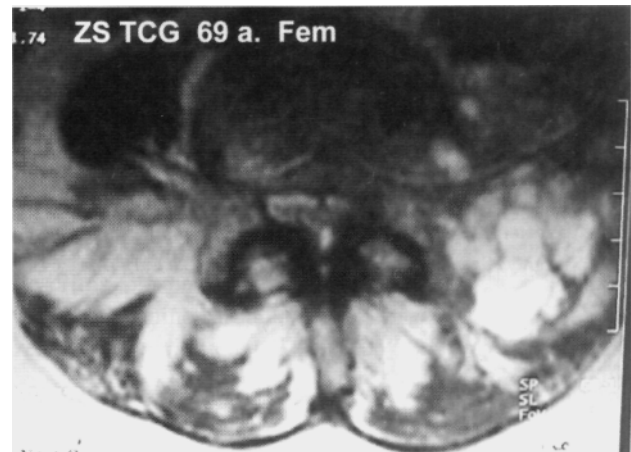
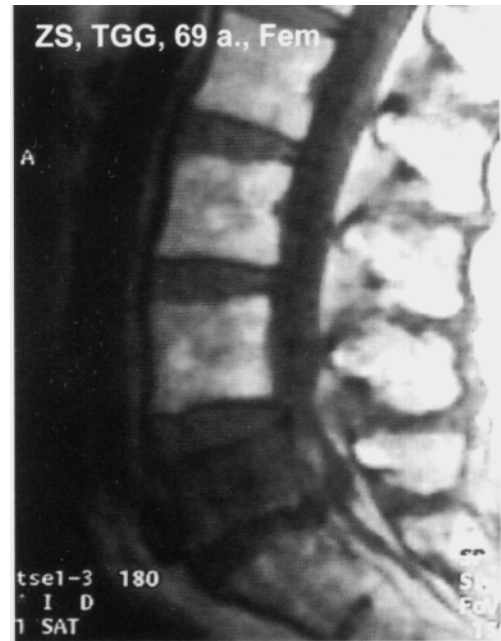


Figura 1. Masa tumoral con compromiso de L5 e invasión del conducto raquídeo.

Recibido el 10-4-2001. Aceptado luego de la evaluación el 12-6-2001.

Correspondencia:
DR. JOSÉ MARÍA VARAONA
Pueyrredón 1640
(1425) Buenos Aires
Argentina
Tel.:4821-1700



Figura 2. Masa tumoral resecada, relleno con cemento y artrodesis L4/S1.

res y artrodesis con injerto óseo tricortical autólogo de cresta ilíaca.

En un segundo tiempo (diferido 7 días), por lumbotomía izquierda, se observó una masa tumoral de 12 cm de diámetro que invadía el músculo psoas ilíaco, la que se resecó junto con la raíz nerviosa de L4. Además, se efectuó la corporectomía de L5 y la discectomía de L4-L5, L5-S1 y se relleno el espacio con cemento (Fig. 2).

La anatomía patológica intraoperatoria confirmó el diagnóstico.

En el posoperatorio, la paciente presentó paresia de la extensión de la rodilla y dorsiflexión del tobillo, acompañada de hipoestesia en la región inervada por L4.

Actualmente deambula con una férula posterior de miembro inferior, ayudada con bastones canadienses y es tratada por el Servicio de Oncología del Hospital Alemán.

El tumor de células gigantes es un tipo de patología poco frecuente, que se presenta habitualmente en adultos jóvenes. Existe un predominio en el sexo femenino con una relación de 1,5 a 1.² Más de la mitad de estos tumores se desarrollan alrededor de la rodilla.³

El compromiso vertebral es raro y es más frecuente en el sacro. Sólo el 2,7% de los 1277 tumores de células gigantes diagnosticados por Shankman se localizaba en la columna vertebral.⁶ En las series de Sanjay de la Clínica Mayo,⁶ se comunicaron 24 casos entre 1955 y 1990.

El porcentaje de malignidad de esta patología es de alrededor del 1%.⁷ La recidiva de este tumor suele ocurrir a los 3 años, ésta puede ser ósea o de partes blandas y varía de acuerdo con el tratamiento realizado.^{1,4,5,7}

Referencias bibliográficas

1. Bell, GR: Surgical treatment of spinal tumors. *Clin Orthop*, 335: 54-63,1997.
2. Golgenberg, RR; Campbell, CJ, y Bonfiglio, M: Giant cell tumor of bone. *J Bone Jt Surg (Am)*, 52: 619-664, 1970.
3. Larsson, S; Lorentzon, R, y Boquist, L: Giant cell tumor of bone. *J Bone Jt Surg (Am)*, 57: 167-173, 1975.
4. Li, YH; Kour, AK, y Pho, RWH: Giant cell tumor of lumbar vertebra "A case report with 13-year follow up". *Clin Orthop Related* /?«353: 218-222,1998.
5. Mirra, JM; Gold, RH, y Marcove, RC: *Bone tumors. Diagnosis and treatment*. Filadelfia: JB Lippincott; 304, 1980.
6. Sanjay, BKS; Sim, FH; Unni, KK; Mcleod, RA, y Klassen, RA: Giant cell tumors of the spine. *J Bone Jt Surg (Br)*, 75: 148-154, 1993.
7. Savini, R; Gherlinzoni, F; Morandi, M; Neff, JR, y Picci, P: Surgical treatment of giant-cell tumor of the spine. / *Bone Jt Surg (Am)*, 65: 1283, 1983.
8. Stener, B, y Johnsen, OE: Complete removal of three vertebrae of giant-cell tumor. *J Bone Jt Surg (Br)*, 53: 278, 1971.