



Caso clínico

Tumor de células gigantes de raquis lumbar. Caso clínico y revisión de la literatura

Gorka Zabalo*, Rodrigo Ortega, Alfonso Vázquez, Ianire Carballares, Jorge Díaz y Eduardo Portillo

Servicio de Neurocirugía, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 30 de julio de 2014

Aceptado el 6 de noviembre de 2014

On-line el 9 de enero de 2015

Palabras clave:

Vertebrectomía en bloque

Tumores óseos primarios

Dolor lumbar

Tumor de células gigantes

Instrumentación raquis

Estadificación tumoral

RESUMEN

Presentamos el caso clínico de un paciente con dolor lumbar crónico irradiado a muslo izquierdo, diagnosticado por neuroimagen de lesión lítica en cuerpo vertebral de L1. Se realizó biopsia transpedicular que confirmó el diagnóstico de tumor de células gigantes. Fue intervenido quirúrgicamente mediante vertebrectomía L1 e implantación de cilindro de titanio sustitutivo por vía anterior y, a continuación, extirpación de arco posterior de L1 e implante de tornillos pediculares por vía posterior.

El tumor de células gigantes es un tumor óseo primario benigno poco frecuente, de comportamiento agresivo localmente y con potencial capacidad de diseminación a distancia, generalmente a nivel pulmonar. A pesar de afectar más frecuentemente a los huesos largos, alrededor del 10% se localizan en el raquis. Con el objetivo de minimizar el riesgo de recurrencia, el tratamiento de elección es el quirúrgico.

© 2014 Sociedad Española de Neurocirugía. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Giant cell tumor of the lumbar spine. Case report and review of the literature

ABSTRACT

We report the case of a 32-year-old patient complaining of chronic low back pain radiating to his left thigh. His MRI showed a lytic L1 vertebral body injury. A transpedicular biopsy confirmed the diagnosis of giant cell tumor. He underwent a L1 vertebrectomy and vertebral body replacement with a titanium cylinder using anterior approach, followed by the removal of the L1 posterior arch and the placement of pedicle screws through a posterior approach.

The giant cell tumor is a rare benign primary bone tumor that can be locally aggressive and can potentially spread to other areas, usually to the lungs. Although it most frequently affects long bones, approximately 10% of tumors are located in the spine. To minimise the risk of recurrence, the elective management option is surgery.

© 2014 Sociedad Española de Neurocirugía. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Keywords:

En bloc spondylectomy

Primary bone tumors

Low back pain

Giant cell tumor

Spinal instrumentation

Neoplasm staging

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gorkazabalo88@gmail.com (G. Zabalo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.neucir.2014.11.008>

1130-1473/© 2014 Sociedad Española de Neurocirugía. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Introducción

El tumor de células gigantes (TCG) u osteoclastoma es un tumor óseo primario relativamente infrecuente (3-5% de todos los tumores óseos primarios). Es considerado benigno, aunque de comportamiento agresivo localmente y con capacidad de diseminación a distancia, generalmente a nivel pulmonar. Se ha descrito una incidencia de metástasis pulmonares en el 2-9% de los pacientes diagnosticados de TCG¹, si bien el pronóstico asociado a las mismas no es tan desfavorable como en otros procesos tumorales, tal y como refleja su denominación como «implantes pulmonares benignos». En raras ocasiones, el TCG sufre una verdadera transformación maligna a osteosarcoma².

Se presenta habitualmente en pacientes entre la segunda y la tercera década de la vida, con ligera predominancia en mujeres. A pesar de afectar más frecuentemente a los huesos largos yuxtaarticulares (rodillas, muñecas), alrededor del 10% de estos tumores se localizan en la columna vertebral, afectando fundamentalmente a los cuerpos vertebrales y sacro. La localización del TCG en el raquis se asocia con un peor pronóstico, con tasas de recurrencia tras el tratamiento superiores al 80%¹.

El principal síntoma de los TCG que asientan en el raquis es el dolor, aunque puede comenzar con déficit neurológico.

Radiológicamente se presenta habitualmente como una lesión expansiva osteolítica, excéntrica y sin bordes escleróticos. No obstante, puede aparecer como una lesión con marcada destrucción ósea y compromiso de las partes blandas adyacentes. En el diagnóstico diferencial del TCG se incluyen metástasis líticas (fundamentalmente las de neoplasias altamente vascularizadas, como el hipernefoma o el carcinoma tiroideo), tumores óseos primarios, quiste óseo aneurismático, osteosarcoma, tumor pardo del hiperparatiroidismo o mieloma².

Es necesaria la confirmación histológica de la lesión antes de decidir el tratamiento¹. Microscópicamente, el tumor se compone de células mononucleares distribuidas formando husos en relación con células gigantes multinucleadas de tipo osteoclasto, presentando así mismo regiones de tejido fibroso con gran contenido de colágeno.

Actualmente, el tratamiento de elección es el quirúrgico, siendo la radioterapia una alternativa en los casos no susceptibles de resección quirúrgica y en caso de resección parcial o recurrencia. Por otro lado, la radioterapia incrementa el riesgo de transformación maligna de los TCG a osteosarcomas^{1,3}. Debido a la abundante vascularización que suele presentar el TCG, se recomienda realizar una angiografía preoperatoria y eventual embolización del tumor^{1,2}.

La escala de Enneking ha sido tradicionalmente empleada para estadificar los tumores óseos primarios y orientar el tratamiento quirúrgico de los mismos^{3,4}. Los TCG se diagnostican habitualmente en estadio Enneking II (activo), recomendándose realizar legrado intralesional, o en estadio Enneking III (agresivo), siendo el tratamiento de elección la resección en bloque de la lesión^{1,3}. No obstante, debe valorarse la potencial morbilidad asociada a la resección en bloque frente al riesgo de recidiva de los TCG espinales.

Se recomienda realizar seguimiento clínico y por imagen mediante RM o PET-TC durante al menos 10 años³.

Caso clínico

Presentamos el caso de un paciente de 31 años de edad, diagnosticado previamente de distrofia escapulohumeral, que acude al servicio de Urgencias de nuestro centro con clínica de dolor dorsolumbar irradiado al tercio superior del muslo y a la musculatura paravertebral izquierda de 3 meses de evolución. El paciente había acudido en numerosas ocasiones al servicio de Urgencias por este motivo, siendo refractario al tratamiento analgésico habitual. En la exploración física destaca signo de Lasègue izquierdo positivo a 45° e hiperreflexia rotuliana izquierda, sin evidencia de déficits sensitivomotores ni otra focalidad neurológica. Se solicitan radiografías simples, observándose borramiento del pedículo izquierdo L1 con desplazamiento del muro posterior, sugestivo de fractura patológica de cuerpo vertebral de L1.

Ingresa en el servicio de Neurocirugía para completar el estudio. En la TC se describe una lesión lítica en cuerpo vertebral L1 que se extiende al pedículo izquierdo con rotura de la cortical y masa de partes blandas que crece hacia la región paravertebral izquierda y se introduce en el canal raquídeo con una disminución del diámetro del mismo (fig. 1A). En la RM se observa una lesión ósea lítica que afecta al cuerpo vertebral de L1 con extensión al pedículo izquierdo, hipointensa en T1 y de señal heterogénea, predominantemente hiperintensa, en T2. La lesión se asocia a masa de partes blandas en la región adyacente al pedículo izquierdo con extensión epidural que comprime el saco dural (fig. 1B).

En base a los estudios de imagen se plantean los diagnósticos diferenciales de metástasis, linfoma o tumor óseo primario, por lo que se decide realizar una biopsia percutánea transpedicular bilateral. El diagnóstico anatomopatológico definitivo es TCG (fig. 2).

Con este diagnóstico se plantea realizar una vertebrectomía en bloque. Se realiza una angiografía preoperatoria, objetivándose tumoración hipervascularizada. La circulación arteriovenosa está fistulizada y en una de las ramas arteriales se demuestra el nacimiento de una arteria radiculomedular. Ambos hallazgos contraindican la embolización prequirúrgica.

El paciente es intervenido quirúrgicamente con la colaboración del servicio de Cirugía Vascular. Con el paciente en decúbito lateral derecho a 45°, se realiza toracofrenolumbotomía izquierda a través de incisión oblicua por el décimo espacio intercostal. Abordaje retroperitoneal de aorta infrarrenal, con apertura de la cavidad torácica y resección de la décima costilla. Se realiza una apertura circular del diafragma y de ambos pilares, exponiendo de forma amplia los cuerpos T12, L1 y L2. Posteriormente, se ligan las arterias y venas segmentarias a dichos niveles. Tras objetivar tejido tumoral a nivel de L1 y tomar muestras, se realiza vertebrectomía mediante fresado con motor de alta velocidad, laminotomos y gubias. A continuación, se reseca el manguito tumoral epidural a nivel L1. Se implanta cilindro expandible torácico con relleno de injerto autólogo procedente de la décima costilla y se refuerza con una placa anterolateral izquierda de D12 a L2.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3071348>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3071348>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)