



NEUROCIRUGÍA

www.elsevier.es/neurocirugia


Caso clínico

Cordoma cervical paravertebral, entidad que debemos conocer. A propósito de un caso

Juan Mesa-Quesada^{a,*}, Elisa Roldán-Romero^a, Jesús A. Lozano-Sánchez^b,
Macarena Centeno-Haro^c, Rosa M. Ortega-Salas^c y Francisco Bravo-Rodríguez^a

^a Sección de Neurorradiología Diagnóstica y Terapéutica, UGC de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

^b UGC de Neurocirugía, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

^c UGC de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 9 de agosto de 2016

Aceptado el 15 de enero de 2017

On-line el xxx

Palabras clave:

Cordoma

Paravertebral

Tumor cervical

Resonancia magnética

Tomografía computarizada

RESUMEN

El cordoma es un tumor raro de lento crecimiento, derivado de remanentes de la notocorda. La mayoría se localizan en la base del cráneo y en la región sacrococcígea, mostrando una localización cervical en solo el 6% de los casos.

Presentamos el caso, poco frecuente (se han reportado menos de 10 en la literatura), de un cordoma paravertebral izquierdo, localizado a nivel de C2-C4, en un varón joven sin antecedentes personales de interés. Los hallazgos radiológicos sugerían que se trataba de una neoplasia de crecimiento lento, de predominio quístico, que erosionaba estructuras óseas y englobaba a la arteria vertebral izquierda. Se planificó exéresis quirúrgica y en el análisis de la pieza se observó proliferación celular con estroma de aspecto mixo-condroide, células epitelioides y fisalíferas (PAS+), todo ello compatible con cordoma.

© 2017 Sociedad Española de Neurocirugía. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Cervical paraspinal chordoma, a condition we should know. A case report

ABSTRACT

Chordoma is a rare, slow-growing tumour arising from remnants of the notochord. It is most often located in the base of the skull and the sacrococcygeal region, being located in the cervical region in only 6% of cases.

A rare case is presented of a left para-spinal chordoma, of which less than 10 cases have been reported in literature. It was located at C2-C4 level in a young male with no personal history of interest. Radiographic findings suggested that this was a slow-growing tumour,

Keywords:

Chordoma

Para-spinal

Spinal tumour

Scan

Magnetic Resonance

Computed tomography

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juanmeque@gmail.com (J. Mesa-Quesada).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.neucir.2017.01.002>

1130-1473/© 2017 Sociedad Española de Neurocirugía. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

of cystic dominance, which eroded the bone structures and encompassed the left vertebral artery. Surgical excision was performed, and in the analysis of the surgical piece, cell proliferation was observed, with a stromal myxoid-chondroid appearance, epithelioid and physaliphorous (PAS+) cells, all of them compatible with chordoma.

© 2017 Sociedad Española de Neurocirugía. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El cordoma es una neoplasia maligna de bajo grado, con origen en los remanentes de la notocorda, que representa entre el 1 y el 4% de los tumores malignos óseos¹. Tiene cierta predominancia por el sexo masculino y muestra un pico de máxima incidencia sobre los 50 años². Se origina fundamentalmente a lo largo de la línea media del esqueleto axial. La localización más frecuente suele ser la región sacrococcígea (50%), seguida de la esfeno-occipital (35%) y de la columna vertebral (15%)¹. Los cordomas extraaxiales son raros, pero es importante considerarlos en el diagnóstico diferencial de las lesiones extraaxiales del sistema nervioso central (SNC).

La columna cervical se ve afectada en el 6% de todos los casos, siendo los segmentos cervicales superiores los que mayor incidencia presentan³.

La apariencia típica en estudios de imagen es la de una lesión osteolítica, localizada en la línea media y asociada a masa de partes blandas paravertebral⁴.

Caso clínico

Paciente de 33 años sin antecedentes de interés, quien acudió a consulta de medicina interna por dolor cervical y contractura muscular de meses de evolución en la región laterocervical izquierda con limitación para la movilización del cuello.

A la exploración física, se objetivaba una tumoración de consistencia dura en la región cervical izquierda. Los movimientos no estaban limitados. No existían alteraciones motoras ni sensitivas y los reflejos osteotendinosos se encontraban conservados en ambos miembros superiores.

Ante la sospecha de una tumoración de partes blandas, se realizó una tomografía computarizada (TC) dirigida al cuello tras la administración de contraste yodado no iónico por vía intravenosa (i.v), donde se observó una lesión expansiva paravertebral izquierda que ensanchaba los agujeros vertebrales y de conjunción de C2 a C4, con remodelación ósea de los cuerpos vertebrales, adelgazamiento del pedículo de C2, de la lámina de C3 y falta de visualización del pedículo de C3, hallazgos que sugerían una lesión de lento crecimiento (fig. 1A-C). No se apreciaban calcificaciones en el interior de la misma.

Ante estos hallazgos se procedió a completar el estudio mediante una resonancia magnética (RM) sin y con contraste i.v. dirigida a la región cervical (fig. 1D-H). En esta se objetivaba la existencia de una tumoración polilobulada, con septos, de localización paravertebral izquierda a la altura de C2 y C3 de 47 × 53 mm de diámetros máximos axial y craneocaudal. Se presentaba isointensa respecto al músculo en secuencias

ponderadas en T1 e hiperintensa en las potenciadas en T2. La lesión remodelaba las estructuras óseas, ocupando el agujero de conjunción C2-C3 y C3-C4 izquierdos, con un componente epidural que desplazaba la médula. Así mismo, se apreciaba un área hiperintensa intramedular a nivel C2-C3 en relación con mielopatía. La tumoración englobaba a la arteria vertebral y se extendía por la musculatura para y prevertebral, provocando compresión extrínseca de la oro y nasofaringe.

Tras la administración de contraste paramagnético i.v. realizaba de forma moderada y heterogénea (fig. 1H).

Ante estos hallazgos el diagnóstico radiológico fue el de una lesión de partes blandas laterocervical izquierda de lento crecimiento, probablemente malformación linfática (linfangioma).

Previo a la intervención quirúrgica se realizó una arteriografía completa de encéfalo, observándose una masa avascular cervical izquierda que desplazaba la arteria vertebral homolateral medialmente. Con el objetivo de mejorar el abordaje quirúrgico, se procedió a ocluir dicha vertebral desde C2 a C4 con coils Target y con un dispositivo Amplatzer Plug, sin complicaciones inmediatas.

Bajo anestesia general, con el paciente en decúbito supino y la cabeza girada hacia la derecha, se realizó un abordaje anterolateral izquierdo del cuello, seccionando el músculo platisma. Se disecó el paquete vasculonervioso hacia la derecha y el músculo esternocleidomastoideo hacia la izquierda. Se encontró una tumoración encapsulada, poco vascularizada y fibrosa, de gran tamaño, que invadía el canal medular infiltrando la duramadre. Se extirpó en su totalidad, quedando un pequeño resto tumoral adherido a la duramadre, que se coaguló. Finalmente se realizó hemostasia, se colocó un drenaje Blake 10 y se llevaron a cabo controles neurofisiológicos, sin objetivar ninguna alteración al finalizar la cirugía.

Tras la resección, el paciente evolucionó de forma favorable, sin déficit sensitivo ni motor y con completa desaparición del dolor cervical.

En RM de control 2 días después de la intervención (fig. 2A,B), se confirmó la completa extirpación del componente intrarraquídeo que presentaba la lesión, quedando 2 pequeños restos tumorales localizados en el agujero de conjunción C3-C4 izquierdo, así como en situación para y prevertebral izquierda a la altura de C2. Existían algunas áreas hiperintensas en el lecho quirúrgico en relación con restos hemáticos, así como hiperintensidad de la arteria vertebral izquierda por trombosis de la misma.

En el estudio histológico de la pieza (fig. 2C-E), se observó una proliferación con tendencia a la lobulación y abundante estroma de aspecto mixo-condroide, entre el que se disponían —en nidos o cordones— células epitelioides y con frecuencia de citoplasma vacuolado y núcleo vesicular (fisalíferas)

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8686542>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8686542>

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