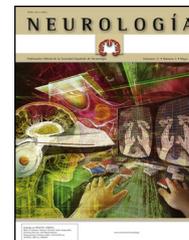




SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE NEUROLOGÍA

NEUROLOGÍA

www.elsevier.es/neurologia



CARTA AL EDITOR

Un tumor espinal benigno con comportamiento maligno: presentación clínica extremadamente rara

Malignant behaviour of a benign spinal tumour: An extremely rare presentation

Sr. Editor:

Los tumores de células gigantes de la vaina tendinosa (TCGVT) son neoplasias raras de estirpe sinovial localizadas frecuentemente en las grandes articulaciones de los miembros inferiores. Existen 2 tipos: localizado y difuso; ambos son una proliferación de células mononucleares de tipo sinovial mezcladas con células gigantes multinucleares, células espumosas, siderófagos y células inflamatorias¹. El TCGVT tipo localizado es el más habitual; suele aparecer en adultos jóvenes (30-50 años), siendo la neoplasia más frecuente de la mano. Aunque con características histopatológicas benignas, el TCGVT de tipo difuso es localmente agresivo y con una probabilidad de recurrencia local del 15-24%¹⁻⁴. Este tumor ha sido descrito afectando a las articulaciones del esqueleto apendicular, siendo reportado en la columna vertebral de manera excepcional. Cuando afecta a la columna vertebral tiene predilección por elementos posteriores, como las articulaciones (facetos), las láminas y los pedículos. Clínicamente se suele manifestar con dolor local o radicular y también mielopatía crónica. En este artículo presentamos un caso excepcional de compresión medular aguda a causa de un TCGVT en la región torácica alta; también realizamos una revisión de los casos previamente descritos.

Varón 55 años, sin antecedentes de interés. Acude por dolor torácico y debilidad en los miembros inferiores de inicio súbito. En la exploración neurológica presentaba paraplejía con nivel sensitivo T10, hiperreflexia en miembros inferiores, reflejo cutáneo plantar extensor bilateral y pérdida del control de esfínteres. La resonancia magnética (RM) mostró una lesión vertebral T2 que afectaba al cuerpo, las láminas, los pedículos y las articulaciones cigapofisarias (AC) sin captación de contraste, produciendo invasión epidural y una fractura patológica asociada con mielopatía (fig. 1). Se realiza laminectomía T1-T2 de urgencia y se evidencia destrucción de láminas, AC y pedículos. También se objetiva

una masa epidural parcialmente delimitada, de consistencia dura y color oscuro, la cual se extirpa de manera subtotal.

Bajo la sospecha de metástasis, se realiza una tomografía por emisión de positrones (PET), donde el resto tumoral en T2 presentaba una captación alta de fluorodesoxiglucosa (FDG) hasta un valor de captación estandarizado (SUV) máx. de 18,6 (benignas < 2,5 > malignas, en hueso), lo que indicó una lesión maligna, aunque no se identificaron lesiones en otros órganos. Finalmente, la anatomía patológica es compatible con TCGVT de tipo difuso (fig. 2). Se vuelve a intervenir quirúrgicamente mediante un abordaje costrotransverso transpedicular realizándose resección completa y corporectomía con colocación de un cilindro de polietileno ether ketone (PEEK) en el espacio T2 y fijación con tornillos transpediculares T1-T3. El paciente recuperó lentamente la sensibilidad, presentando a los 5 días fuerza 2/5 en la extremidad inferior derecha y 1/5 izquierda (según el British Medical Research Council, modified), recuperando el control de esfínteres. A los 24 meses deambula con bastón, siendo independiente para sus actividades de vida diaria y sin signos de recidiva (fig. 1).

Los TCGVT son neoplasias raras de estirpe sinovial de características histopatológicas similares a la sinovitis villonodular pigmentada (SVNP)¹. El TCGVT tipo difuso es localmente más agresivo, peormente delimitado, más frecuente en adultos jóvenes y suele localizarse cerca de grandes articulaciones de miembros inferiores (rodilla en el 80% de casos)¹. En los raros casos en que los TCGVT afectan a la columna vertebral, las series muestran una edad de presentación media en torno a los 35 años y cierto predominio femenino⁵. Estos tumores suelen producir síntomas subagudos o crónicos como dolor, radiculopatía o mielopatía de progresión subaguda/crónica. Aparecen habitualmente en la región cervical y lumbar, afectando a elementos posteriores, pueden erosionar el hueso y a menudo producen afectación multinivel⁵⁻⁷. Es muy rara la clínica de compresión medular aguda^{5,6,8}. En nuestra revisión bibliográfica de 65 casos de TCGVT o SVNP que afectan a la columna, fue frecuente la aparición de mielopatía crónica que en algún caso pudo conducir a paraplejía establecida, con un solo caso de compresión medular aguda tras un accidente de tráfico^{5,6,8,9}. Está descrito que existe un posible papel desestabilizador de un traumatismo previo que exagera o desencadena los síntomas cuando existe una lesión neoplásica en la columna vertebral^{5,7}. En nuestro caso se observa también afectación severa del cuerpo vertebral, produciendo una fractura patológica con pérdida de altura de ese nivel; este tipo de

<http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2016.02.007>

0213-4853/© 2016 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

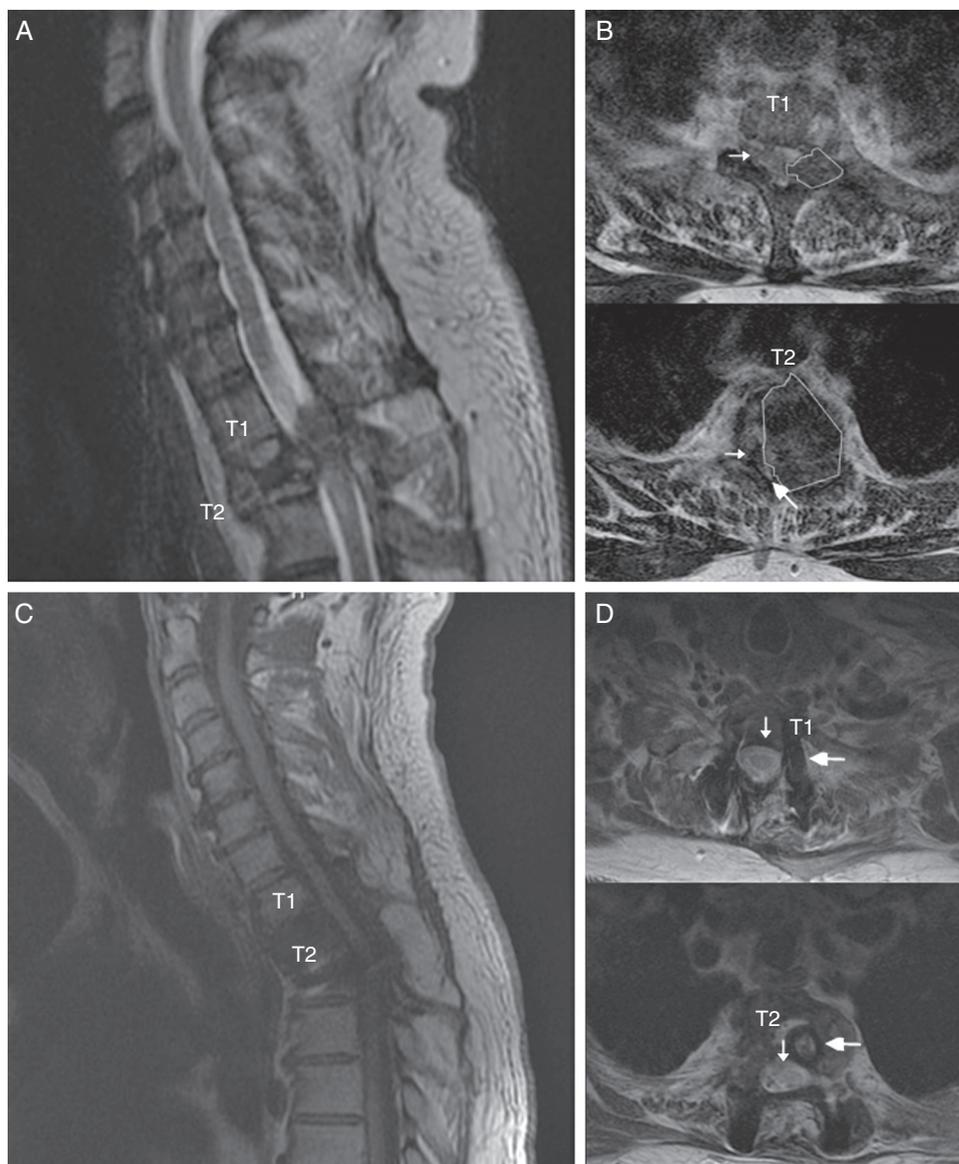


Figura 1 Imágenes de resonancia magnética (RM) espinal del caso presentado. A) RM de región cervicodorsal en proyección sagital que muestra el tumor invadiendo la vértebra T2. B) Cortes axiales a nivel de las vértebras T1 y T2 donde se presenta el tumor delimitado y el significativo desplazamiento del cordón medular (flecha pequeña) hacia la derecha y con escaso espacio subaracnoideo (flecha grande), lo que demuestra una compresión medular severa. C) RM de región cervicodorsal que muestra a liberación del canal medular de los niveles previamente afectados por el tumor. D) Cortes axiales a nivel de las vértebras T1 y T2 donde se objetiva la liberación del canal medular (flecha pequeña) y la resección completa de la lesión con colocación de material de fijación y estabilización (flecha grande).

presentación clínico-radiológica es excepcional, ya que en los otros casos reportados de mielopatía subaguda no existe una afectación significativa del cuerpo vertebral o antecedente previo que pueda desestabilizar el nivel afectado (tabla 1)^{5,7,10,11}.

Radiológicamente, es muy difícil diferenciar el TCGVT de lesiones óseas primarias o secundarias. En la RM, el TCGVT suele aparecer como lesiones isointensas con respecto al músculo en imágenes potenciadas en T1 y heterogéneo en imágenes potenciadas en T2, siendo difícil delimitar su origen exacto⁵⁻⁷. En el diagnóstico diferencial, existen lesiones mucho más frecuentes, como mieloma múltiple, metástasis o linfoma, las cuales frecuentemente causan lesiones

múltiples. Sin embargo, los tumores primarios óseos causan frecuentemente lesiones solitarias como en el caso del TCGVT¹². Nuestro paciente presentaba una lesión única que afectaba por completo la vértebra. Por lo tanto, desde el punto de vista topográfico, no fue posible un claro diagnóstico diferencial previo a la cirugía. Sin embargo, desde el punto de vista epidemiológico, el perfil clínico de los pacientes afectados por lesiones vertebrales suele ser más orientativo en el momento del diagnóstico¹². En nuestro caso, un paciente relativamente joven con una lesión vertebral única podía minimizar la probabilidad de lesiones metastásicas o linfoproliferativas. En la PET se han descrito casos de TCGVT con captación de FDG inferiores a 8 de SUV

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8689108>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8689108>

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