

COMUNICACIÓN BREVE

## Tumor benigno de células notocordales

C. Martínez Gamarra<sup>a,\*</sup>, D. Bernabéu Taboada<sup>a</sup>, J.J. Pozo Kreilinger<sup>b</sup> y M. Tapia Viñé<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Radiología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

Recibido el 26 de febrero de 2017; aceptado el 23 de junio de 2017

### PALABRAS CLAVE

Notocorda;  
Cordoma;  
Biopsia;  
Resonancia  
magnética;  
Tomografía  
computarizada  
multicorte

**Resumen** Los tumores benignos de células notocordales (TBCN) son lesiones con diferenciación notocordal que afectan al esqueleto axial. Se caracterizan por cursar asintomáticos o con sintomatología inespecífica, y por pasar desapercibidos radiológicamente por su pequeño tamaño, o bien por ser confundidos con otras lesiones óseas benignas, como hemangiomas vertebrales. Cuando son grandes o sintomáticos pueden plantear el diagnóstico diferencial con metástasis, tumores óseos primarios y cordomas. Presentamos el caso de un TBCN de difícil diagnóstico, en una mujer de 50 años de edad, con una lesión sacra vista en la resonancia magnética (RM). Se programó una biopsia guiada por tomografía computarizada (TC) para filiar la lesión, pero la tumoración no era claramente identificable en la TC, por lo que se utilizaron las referencias anatómicas de la RM para seleccionar el plano adecuado. Tanto la planificación del abordaje como la correlación radiopatológica fueron determinantes para llegar al diagnóstico definitivo. © 2017 SERAM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

### KEYWORDS

Notochord;  
Chordoma;  
Biopsy;  
Magnetic resonance;  
Computed  
tomography  
multislice

### Benign notochordal cell tumors

**Abstract** Benign notochordal cell tumors (TBCN) are lesions with notochordal differentiation which affect the axial skeleton. They are characterized by asymptomatic or non-specific symptomatology and are radiologically unnoticed because of their small size, or because they are mistaken with other benign bone lesions, such as vertebral hemangiomas. When they are large, or symptomatic, can be differential diagnosis with metastases, primary bone tumors and chordomas. We present a case of a TBCN in a 50-year-old woman, with a sacral lesion seen in MRI. A CT-guided biopsy was scheduled to analyze the lesion, finding that the tumor was not clearly recognizable on CT, so the anatomical references of MRI were used to select the appropriate plane. The planning of the approach and the radio-pathological correlation were determinant to reach the definitive diagnosis.

© 2017 SERAM. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [caromartg@gmail.com](mailto:caromartg@gmail.com) (C. Martínez Gamarra).

## Introducción

Los tumores benignos de células notocordales (TBCN) y los cordomas son lesiones de origen notocordal que comparten algunas similitudes, lo que hace que en algunos casos puedan ser confundidos entre sí y planteen un desafío diagnóstico para el radiólogo y para el anatomopatólogo.

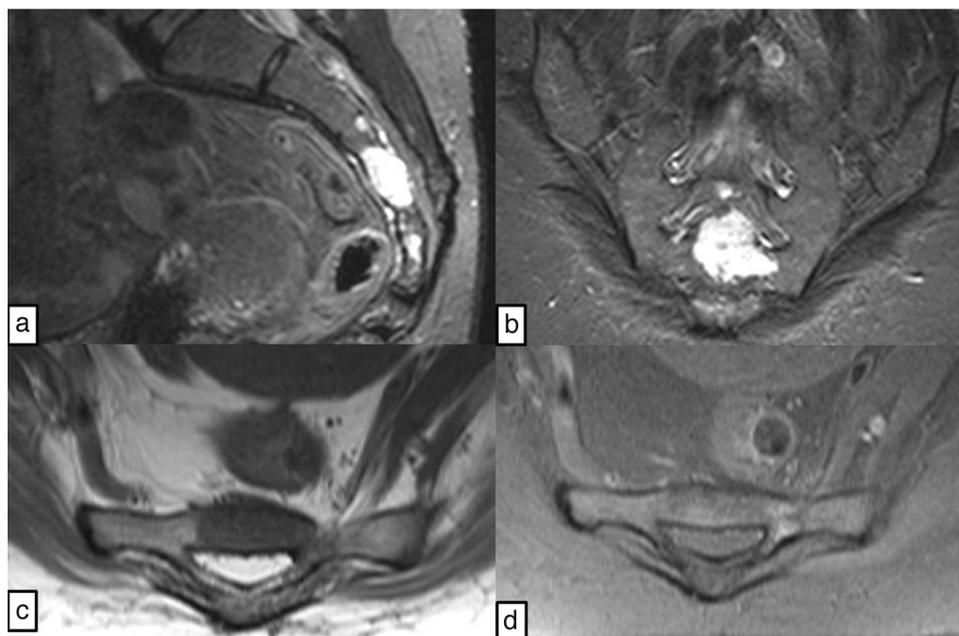
Presentamos el caso de una lesión sacra vista por resonancia magnética (RM) sugestiva de cordoma, para la que se programó una biopsia guiada por tomografía computarizada (TC) para filiarla y resultó que la tumoración no era visible en la TC; ante esta limitación, y al no disponer de equipo adecuado para una biopsia guiada por RM, se planificó el abordaje trasladando a la TC los puntos de referencia anatómicos identificados en la RM.

El propósito de este trabajo es realizar una lectura de las principales características radiológicas e histopatológicas del TBCN y del cordoma, y explicar la planificación que se utilizó para la biopsia de una lesión «invisible» en la TC.

## Presentación del caso

Se trata de una mujer de 50 años de edad, remitida en marzo de 2015 desde otro centro por sospecha de cordoma sacro basándose en un estudio de RM. Clínicamente la paciente aquejaba dolor sacro-coccígeo de 8 meses de evolución, intensificado con la sedestación. No refería traumatismos previos y tampoco incremento del dolor nocturno, ni con el ejercicio, y presentaba una exploración neurológica normal. La RM mostraba una lesión sacra central bien definida, de márgenes lobulados, centrada en S3, con extensión a

S4 y S5. Presentaba un aumento de señal T2 y baja intensidad de señal T1, con débil realce tras la administración de gadolinio intravenoso (fig. 1). En los cortes sagitales, la vértebra S3 parece ligeramente insuflada (fig. 1 a) y con dudosa afectación perióstica en el plano axial T1 (fig. 1 c), sin destrucción del marco óseo. El diagnóstico diferencial se planteó entre una lesión vascular y un cordoma, por lo que se decidió hacer una biopsia guiada por TC, previo consentimiento informado. En el estudio de TC la lesión no era claramente identificable, con una discreta esclerosis que planteaba problemas sobre si la zona a biopsiar era la esclerótica o la más «lítica o radiotransparente» adyacente (fig. 2 a). Al no disponer de equipamiento adecuado para biopsiar bajo control con RM<sup>1</sup>, se optó por continuar el procedimiento utilizando la topografía de la RM para elegir el nivel de acceso (fig. 2 b). Se utilizó un sistema de aguja coaxial (Bonopty® 12G) para acceder a la lesión (fig. 2 c), y se obtuvo un cilindro de 2 cm de longitud. Durante el procedimiento, la paciente experimentó una crisis vagal transitoria que se revirtió con sueroterapia y 0,5 mg de atropina por vía intravenosa. El resultado histopatológico describió un tejido óseo esponjoso, con ligera esclerosis focal y presencia de proliferación celular benigna, sin atipia (fig. 3). No se identificó matriz mixoide, patrón de crecimiento lobular con tabiques fibrosos ni patrón vascular evidente. El estudio inmunohistoquímico mostró positividad frente a pancitokeratinas (AE1/AE3), antígeno epitelial de membrana (EMA) y *brachyury*, con un índice de proliferación celular máximo (Ki-67) <1%. El diagnóstico anatomopatológico final fue de proliferación tumoral benigna con características morfológicas e inmunohistoquímicas sugestivas de TBCN.



**Figura 1** a y b) Secuencias potenciadas en T2 con saturación grasa. Se objetiva una lesión sacra central marcadamente hiperintensa, bien definida, de límites irregulares y lobulados, centrada en S3, con extensión a S4 y S5. c) Secuencia T1 axial. Se observa una marcada hipointensidad de la lesión, con desflecamiento del borde anterior vertebral. d) Secuencia T1 axial con gadolinio. Nótese el débil realce de la zona lesional.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8824718>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8824718>

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