

Osteocondroma lumbar sintomático

J. GONZALEZ-DARDER, J. A. BARCIA, J. M.^a VERA-ROMAN* y S. M. VARGAS-HOLGUIN*

Servicios de Neurocirugía y Anatomía Patológica. Hospital General de Castellón.*

Resumen.—Se presenta un caso de osteocondroma solitario espinal localizado en la zona para-articular de la lámina izquierda de L4 y que producía una lumbociática secundaria a la estenosis del receso lateral. El osteocondroma espinal sintomático es una lesión neoplásica benigna poco frecuente y cuyo tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica.

SYMPTOMATIC OSTEOCHONDROMA OF THE LUMBAR SPINE

Summary.—A case of solitary spinal osteochondroma growing from the left L4 lamina, close to the facet joint, is presented. The tumor produced a stenosis of the left lateral recess and the patient suffered from low-back and sciatic pain. Symptomatic spinal osteochondroma is a rare benign tumor, surgical removal being the most useful treatment.

INTRODUCCIÓN

El osteocondroma de localización espinal es una lesión relativamente rara. En una reciente revisión realizada en 1992, Albrecht y cols. (1) recogieron un total de 130 casos de la literatura desde 1907. Recientemente se han añadido algunas otras descripciones (2-5). Puede considerarse que el osteocondroma espinal supone alrededor del 0,4% de los tumores intraespinales o el 3,9% de los tumores óseos solitarios localizados en la columna vertebral. El osteocondroma sintomático es más raro todavía, ya que muchos de ellos son hallazgos radiológicos o aparecen en el contexto de una osteocondromatosis múltiple (1-7). Nosotros presentamos un caso de osteocondroma solitario sintomático localizado en la columna lumbar y tratado quirúrgicamente.

CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 39 años de edad, sin antecedentes familiares o personales de interés, que acudió a Consultas por presentar un cuadro de dolor lumbar de intensidad creciente, de localización izquierda y de unos

Correspondencia:

Dr. J. M. GONZALEZ DARDER
Servicio de Neurocirugía
Hospital General de Castellón
Avda. de Benicasim, s/n
12004 Castellón

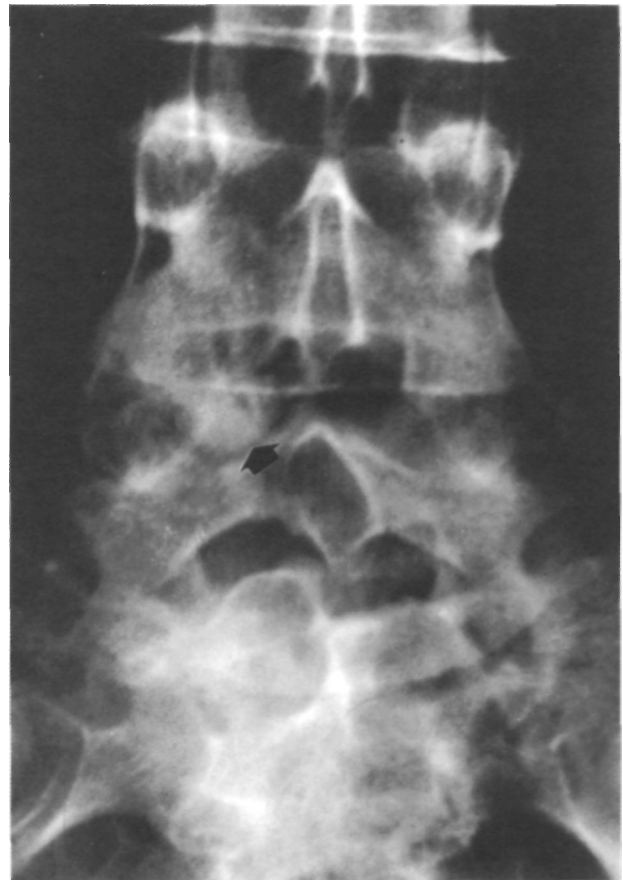


Figura 1. Radiografía simple del raquis lumbar, mostrando una lesión de densidad ósea en el borde inferior de la lámina de L4 (flecha).

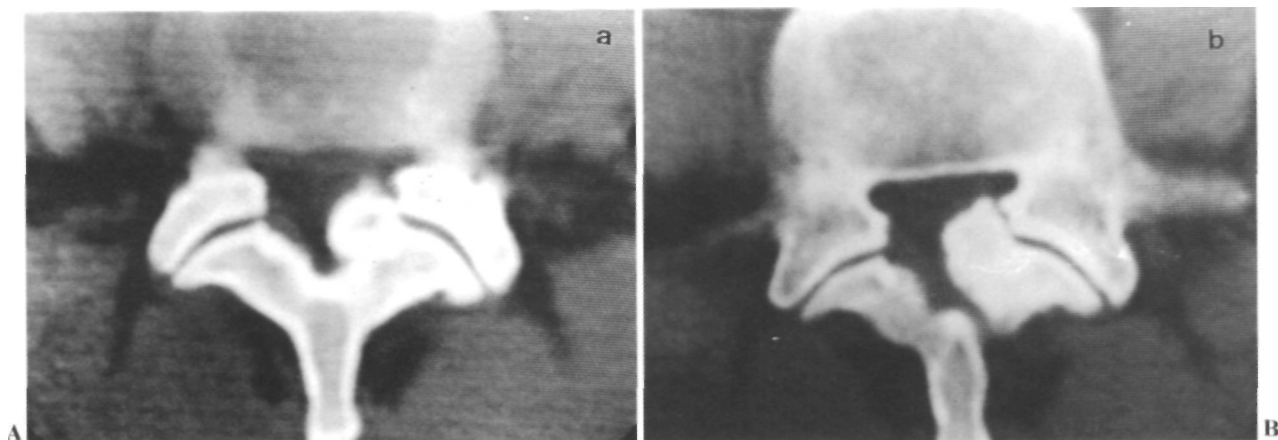


Figura 2. Cortes seriados de TC a nivel de la lámina de L4, mostrando un engrosamiento de la misma y una masa de implantación yuxta-articular y que ocupan el receso lateral izquierdo.

tres meses de evolución. El dolor tenía características mecánicas y precisaba el empleo frecuente de analgésicos y AINEs. La enferma refería una clínica de dolor irradiado a miembro inferior izquierdo, de diez meses de evolución, sin pérdida de potencia muscular. En la exploración neurológica las maniobras de elongación radicular eran claramente positivas en miembro inferior izquierdo, con signos deficitarios de afectación de las raíces L5 y S1 izquierdas. Existía un punto de dolor selectivo a la presión sobre la articulación L4-L5 izquierda.

La radiología simple mostraba una lesión calcificada a nivel de la lámina izquierda de L4, exactamente en la zona para-articular (Fig. 1). La tomografía axial computerizada (TC) ponía de manifiesto una lesión de densidad irregular implantada en la lámina de L4 y que producía la ocupación del receso lateral. La lámina se encontraba muy engrosada y la tumoración llegaba hasta el borde de la apófisis articular inferior de L4 (Fig. 2). El estudio radiológico convencional de huesos largos no puso de manifiesto más lesiones óseas.

La enferma fue intervenida bajo anestesia general realizando un abordaje unilateral y una hemi-laminectomía

de L4 con lo que la tumoración se resecó en bloque. Medialmente se bordeó la lesión y en la zona más lateral se realizó una facetectomía de la articular inferior de L4, practicando finalmente una liberación de la raíz L5 de las partes blandas desplazadas por el tumor. La tumoración abombaba el ligamento amarillo L4-L5 y estaba recubierta por una capa escamosa y brillante de aspecto cartilaginoso, con un tamaño de 2 x 1 x 1 cm. La evolución clínica de la paciente fue satisfactoria.

El estudio anatomopatológico confirmó la naturaleza condromatosa de la lesión. La exóstosis tenía una base ósea sobre la que asentaba tejido cartilaginoso con hileras de condrocitos que representarían restos de cartílago epifisario (Fig. 3a) y, en continuidad, cartílago lobulado con condrocitos distribuidos al azar y sin atipias, todo ello característico del osteocondroma (Fig. 3b).

DISCUSIÓN

El osteocondroma es una lesión benigna que se origina por el crecimiento aberrante de una porción

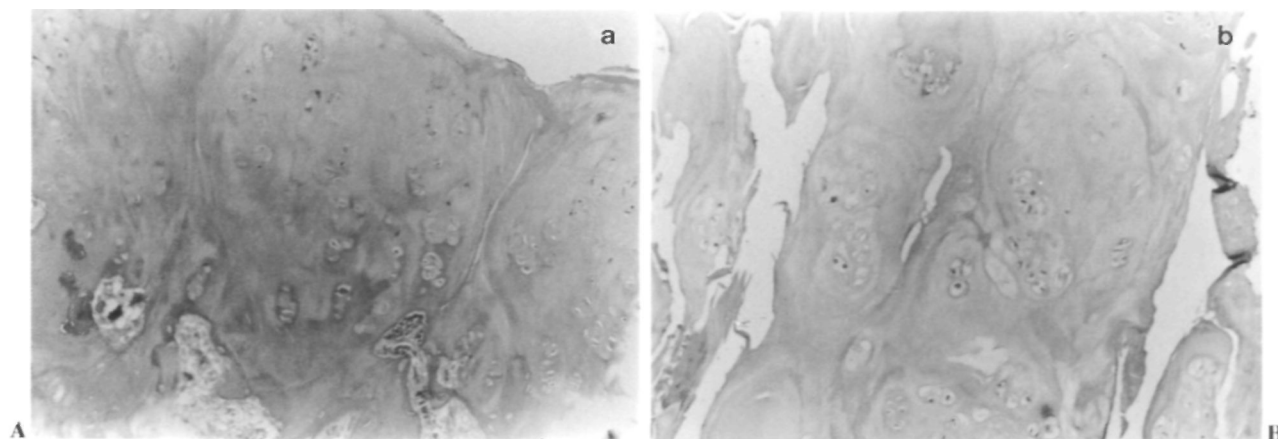


Figura 3. Cortes histológicos de la lesión. A) aspecto panorámico del casquete cartilaginoso epifisario, con formación de hueso de características normales en su base. B) en otra zona se aprecian nidos de condrocitos maduros dispuestos anárquicamente y sin signos de malignidad.

del cartílago de crecimiento epifísario, formándose una tumoración ósea de aspecto exofitario rodeada de una capa de cartilago. Este origen hace que el osteocondroma no aparezca en huesos de osificación membranosa (como calota craneal) y que sea raro en la columna. Aunque la naturaleza de la lesión haya hecho que se le denomine «exostosis» y haya sido considerado como un hamartoma más que una verdadera neoplasia, lo cierto es que la evolución de muchas de estas lesiones hacia la malignización debe hacer que sean incluidas dentro de las lesiones neoplásicas. El osteocondroma espinal puede presentarse como una lesión solitaria o en el seno de la llamada osteocondromatosis múltiple hereditaria (5, 6). Aproximadamente dos tercios de los casos descritos en la columna son solitarios, mientras que en el resto hay múltiples lesiones en el esqueleto (1).

Histológicamente la lesión consta de una capa externa de tejido conectivo hialinizado que rodea una capa de cartílago hialino con condrocitos maduros e inmaduros que forman hueso en profundidad. El resto de la lesión está formada por un tejido óseo esponjoso maduro (1, 7).

La localización más frecuente del osteocondroma es el tercio distal del fémur o el proximal de la tibia y, en general, las metáfisis más fértiles. En el raquis asientan sobre todo en el segmento cervical, seguido del torácico y, finalmente, el lumbar. Esta distribución es relacionada por Albrecht et al. (1) con factores etiológicos y de expresividad clínica. La mayor movilidad del raquis cervical favorecería microtraumatismos que podrían desencadenar el crecimiento tumoral, mientras que una vez el tumor crece resulta más fácil que se exprese clínicamente en el raquis cervical y torácico donde el compromiso de espacio es más probable. En la vértebra se localizan preferentemente en el arco neural, pedículo y articulación costo-vertebral.

La fisiopatología de los síntomas puede estar en relación con alguno de los siguientes hechos (8): 1) crecimiento tumoral que produce un efecto de masa

más o menos importante o molesto; 2) entorpecimiento de los deslizamientos musculares o tendinosos, fractura de la base del tumor o formación de bolsas serosas alrededor de la cúpula de la tumoración que sufran procesos inflamatorios, y que producirían un cuadro de dolor local; y, 3) compresión de las estructuras nerviosas, produciendo un cuadro de compresión medular o radicular. En la revisión de la literatura realizada por Albrecht et al. (1), los síntomas predominantes de las lesiones solitarias eran el dolor y la mielopatía seguidas del efecto masa y de la radiculopatía, mientras que en los casos de osteocondromatosis múltiple con lesión espinal, lo más frecuente era la mielopatía, siendo mucho más raras las otras expresiones clínicas. El medio de diagnóstico de elección es la TC, ya que permite diagnosticar la lesión y sus relaciones con el contenido del canal raquídeo.

El tratamiento del osteocondroma espinal es la extirpación quirúrgica, eliminando siempre el casquete condral para evitar la recidiva. La indicación de cirugía es evidente en los pacientes con clínica neurológica, siendo en este caso los resultados muy favorables. En los otros casos la indicación ha de hacerse valorando la posibilidad que tienen estas lesiones de malignización hacia un condrosarcoma, que alcanza el 1% de los casos. Son signos sospechosos de malignización (3, 6, 8); rápido crecimiento radiológico o clínico de un tumor hasta entonces quiescente; cuando la cúpula condral del tumor sea mayor de un centímetro de espesor o cuando haya una pérdida de los límites óseos de la lesión; y, finalmente, la aparición de dolor espontáneo en ausencia de alguna causa local evidente que lo produzca.

En resumen, el osteocondroma espinal es una lesión rara, pero de unas características clínico-radiológicas muy recortadas que permiten fácilmente su diagnóstico. El tratamiento de las lesiones sintomáticas es su extirpación quirúrgica en bloque, mientras que las que no sean intervenidas deben ser vigiladas estrechamente para detectar eventuales signos de malignización.

Bibliografía

1. Albrecht S, Crutchfield JS, SeGall GK. On spinal osteochondromas. *J Neurosurg* 1992; 77: 247-52.
2. Larrauri PM, Troncoso JR, Barbe A, Troncoso E, Muñoz F. Osteocondroma intra-raquídeo con afectación neurológica. *Rev Esp Cir Osteoart* 1992; 27: 103-9.
3. Royster RM, Kujawa P, Dryer RF. Multilevel osteochondroma of the lumbar spine presenting as spinal stenosis. *Spine* 1991; 16: 992-3.
4. van der Sluis R, Gurr K, Joseph MG. Osteochondroma of the lumbar spine. An unusual cause of sciatica. *Spine* 1992; 17: 1519-21.
5. Vaquero J, Martínez R, Gómez-Ángulo JC, Aragonés P. Thoracic osteochondroma with spinal cord compression. *Neurocirugía* 1991; 2: 125-7.

6. **Blaauw G.** Osteocartilaginous exostosis of the spine. En PJ Vinken, GW Bruyn ed. Handbook of Clinical Neurology, vol 19 (Tumours of the Spine and Spinal Cord, part I). Amsterdam: North-Holland Publishing Co, 1975: 313-9.
7. **Törmä T.** Benign osteogenic and chondrogenic tumours of the spine. En PJ Vinken, GW Bruyn ed. Handbook of Clinical Neurology, vol 19 (Tumours of the Spine and Spinal Cord, part I). Amsterdam: North-Holland Publishing Co, 1975: 293-312.
8. **Gomar F, Fernández CI, Esquerdo J.** Tumores óseos. En F Gomar ed. Patología Quirúrgica Osteoarticular. Valencia: Saber, 1973: 215-78.