

Invest. Medicoquir 2022;14 (1)

ISSN: 1995-9427, RNPS: 2162

PRESENTACIÓN DE CASO

Encondroma vertebral lumbar Lumbar vertebral enchondroma

Máximo M. García Mirabal,¹ Javier Figueredo Méndez.¹

I. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas, La Habana. Cuba.

RESUMEN

Se presenta un caso de encondroma vertebral localizado en la región lumbar con sintomatología inicial de afectación radicular de miembros inferiores que más tarde desarrolló paraparesia flácida con trastorno del esfínter rectal. Se confirmó mediante biopsia la naturaleza tumoral de la lesión, con el diagnóstico de encondroma. Se abordó quirúrgicamente realizándose laminectomía de L2 hasta L4 con toma muestra para biopsia. Al mes de operada la paciente recuperó la fuerza muscular de los miembros inferiores casi en su totalidad lo que le valió para deambular sin dificultad y se corrigió además el trastorno del esfínter rectal.

Palabras clave: encondroma, región lumbar, paraparesia flácida.

ABSTRACT

A case of vertebral enchondroma of the lumbar spine, presenting radicular affection in inferior limbs in the onset, and later exceeded flaccid paraparesis with disorders of the rectal sphincter muscle. The diagnosis of enchondroma was confirmed by biopsy. In the surgery it realized laminectomy of L2 even L4. To the month of operates the patient recovered the force muscular of the inferior limbs almost completely and improvement of the disorders of the rectal sphincter muscle.

Key words: enchondroma, lumbar region, flaccid paraparesy.

INTRODUCCIÓN

El condroma es una de las cuatro variedades de tumores cartilagosos de naturaleza benigna descritos por *Lichtenstein*:¹ osteocondroma, condroma, condroblastoma benigno y fibroma condromixoide. La variedad condroma, compuesta por cartílago hialino maduro, presenta dos modalidades según su asiento, la yuxtacortical, también denominada perióstica y la central o enchondroma. La diferencia entre ambas radica exclusivamente en el lugar de origen, siendo por lo demás similares en sus manifestaciones clínicas, radiológicas y evolutivas, aunque existen datos que apuntan hacia una mayor agresividad de la variedad perióstica.²⁻⁴

Pueden presentarse de forma aislada, como proceso múltiple de distintas localizaciones (enfermedad de Ollier), o bien formando parte del síndrome de Maffucci que asocia condromatosis y angiomas de partes blandas. Las localizaciones más frecuentes son en el esqueleto axial (manos, pies, fémur, tibia y húmero). El enchondroma raquídeo es una entidad clínica rara que generalmente conlleva importantes dificultades diagnósticas, por su forma de presentación clínica y por su aspecto radiológico. En su presentación solitaria y con asiento raquídeo representan solo el 3 % de todos los tumores cartilagosos del raquis.^{2, 5}

Su origen está vinculado a un disturbio genético que provocaría hiperplasia del cartílago primitivo durante la evolución embrionaria o metaplasia del tejido conectivo de sostén, o bien por metaplasia de restos de notocorda; por lo que el 50 % de los pacientes tiene menos de 20 años.^{2,6} Los casos que se presentan como proceso múltiple se nombran osteocondromatosis múltiple hereditaria y se caracteriza por el crecimiento de múltiples tumores benignos, en forma de exostosis que se desarrollan a predominio de las metáfisis de los huesos largos con una prevalencia de 1/50 000 individuos.⁷ Debido a su escasa frecuencia y dificultades diagnósticas, aportamos por su interés un caso de enchondroma vertebral lumbar, cuyo manejo clínico-radiológico nos planteó

importantes dificultades con el diagnóstico diferencial de los procesos más frecuentes a dicho nivel, específicamente en este caso que presentamos dado el antecedente de cáncer de colon, operada con tres años de evolución ya que uno de los primeros diagnósticos a plantearse es metástasis ósea.

DESARROLLO

CASO CLÍNICO

Sintomatología y exploraciones. Paciente femenina de 68 años de edad, diestra, con antecedentes patológicos personales de cáncer de colón, operada en 2017; con seguimiento por Oncología. Ingresa por primera vez al servicio de Neurocirugía, el 19 de marzo de 2019. Presentaba desde hace un año y dos meses dolor en región lumbar de tipo radicular, compresivo, con compromiso de la cuarta raíz lumbar, bilateral más marcado en miembro inferior derecho. Intenso, llegando en ocasiones a 9/10 puntos por escala analógica del dolor, que cedía poco 5-6/10 puntos al reposo (acostada en posición fetal) y con la administración de antiinflamatorios no esteroideos. La deambulación estaba limitada por dolor y pérdida de la fuerza muscular de ambos miembros inferiores más acentuado en miembro inferior derecho. Refiriendo además la paciente que en el último mes antes de la fecha de ingreso se defecó en una ocasión sin darse cuenta. Al examen físico las maniobras de estiramiento radicular fueron positivas. Se constató: paraparesia flácida a predominio del miembro inferior derecho -3 puntos (movimiento, pero no contra gravedad) y -2 puntos en el miembro inferior izquierdo (movimiento contra gravedad, pero no contra resistencia) según la escala de las clínicas Mayo. Hipotonía del esfínter anal, hiporreflexia rotuliana e hipoestesia bilateral.

Se realizaron estudios de la columna lumbosacra, por imagen de Tomografía Axial Computarizada (TAC) se constató la presencia de lesión ósea hiperdensa que ocupa el cuerpo de la tercera vértebra lumbar en su totalidad, que se extiende hacia el pedículo, proceso transverso y la lámina del lado derecho (Figura 1). Por Resonancia Magnética (IRM) se evidenció la presencia de una lesión hipointensa en imágenes preponderadas en T2 que afectaba la tercera

vértebra lumbar en su totalidad provocando parada del contraste mielográfico a ese nivel (Figura 2).

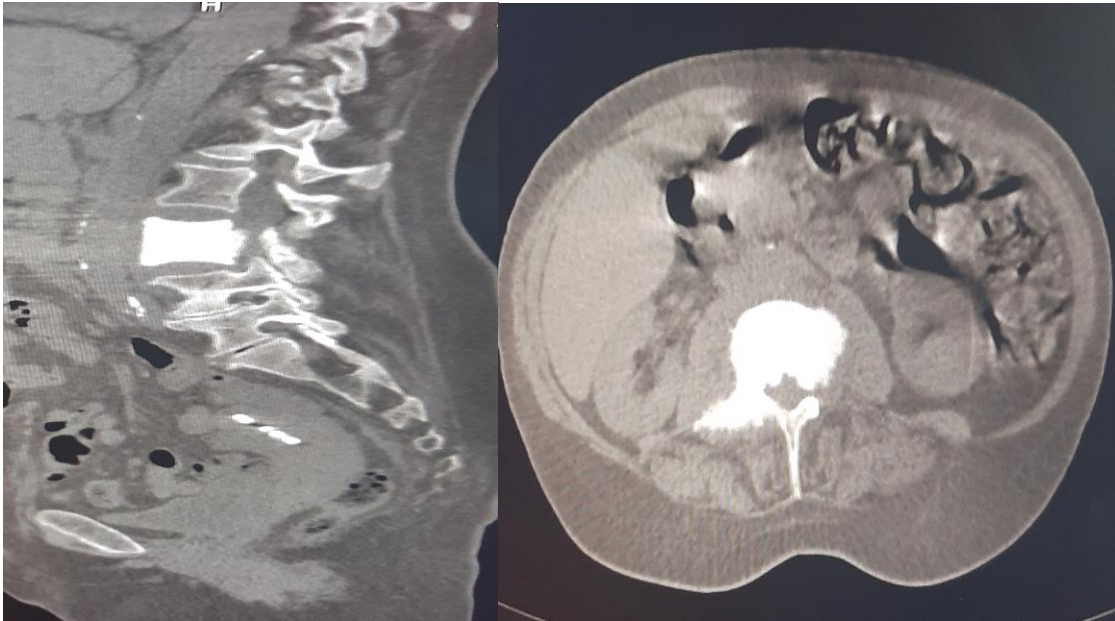


Figura 1. Lesión ósea hiperdensa que ocupa el cuerpo de la tercera vértebra lumbar en su totalidad, que se extiende hacia el pedículo, proceso transverso y la lámina del lado derecho en imágenes de tomografía.



Figura 2. Lesión hipointensa en imágenes preponderadas en T2 que afectaba la tercera vértebra lumbar en su totalidad provocando interrupción del flujo de líquido a ese nivel.

Tratamiento quirúrgico: el caso fue operado el 20 de marzo de 2020, bajo anestesia general y con el paciente en decúbito prono y piernas flexionadas en 90 grados, se practicó cirugía con abordaje posterior al raquis lumbar en la proyección de la segunda hasta la cuarta vértebras lumbares (L2 a L4); con realización de laminectomía de los espacios de L2 a L4 con toma de muestra estudio histopatológico de la lesión. Luego de la cirugía la paciente experimentó mejoría del defecto motor en miembro inferior derecho a -2 (movimiento contra gravedad, pero no contra resistencia) puntos por escala de las clínicas Mayo. La paciente fue dada de alta sin complicaciones posquirúrgicas el 30 de marzo de 2020. Al mes de la cirugía la paciente deambulaba por sus propios medios sin dificultad. Al examen físico: ligera paraparesia de -1 punto (movimiento contra resistencia, pero menor que la esperada para la edad) por escala de las clínicas Mayo. No trastornos sensitivos, no trastornos esfinterianos.

Resultado de la biopsia (24 de marzo de 2020): confirmó presencia de fragmentos de cartílago hialino de naturaleza benigna compatible con una lesión encondromatosa (Figura 3).

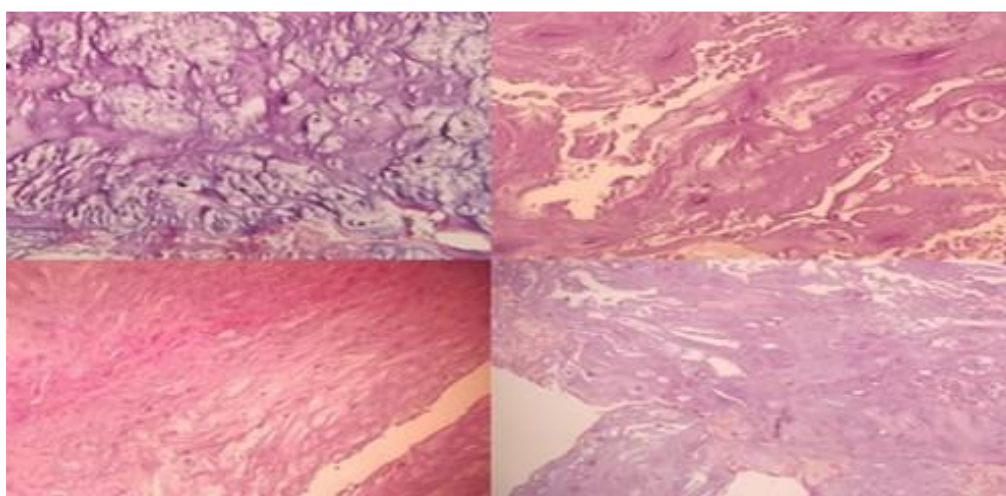


Figura 3. Presencia de fragmentos de cartílago hialino de naturaleza benigna compatible con una lesión encondromatosa.

DISCUSIÓN

Los osteocondromas son los tumores benignos más frecuente del hueso. Pueden aparecer como lesión solitaria o como una osteocondromatosis múltiples hereditaria. La incidencia de osteocondromas solitarios es del 1 al 4 % y afecta al esqueleto axial. ⁸ De los pocos casos reportados en la literatura mundial el 56 % posee compromiso cervical, el 38 % torácico y el 6 % lumbar.⁹

Las lesiones espinales son más comunes en los pacientes con osteocondromatosis múltiples y el 50 % aparece en la región cervical con predilección por el arco posterior de C2¹⁰⁻¹¹. Las localizaciones lumbares son raras porque el hueso a este nivel posee mayor resistencia a los microtraumas y la flexibilidad de esta región está limitada en la relación con el segmento cervical.⁹

Los osteocondromas se producen como resultado de un defecto en el proceso de la placa del cartílago de crecimiento que provoca el desarrollo constante del fragmento cartilaginoso subperióstico que conlleva a una excrecencia ósea. Afecta con mayor frecuencia a los hombres y las lesiones exofíticas se vuelven sintomáticas entre la segunda y la tercera década de la vida.⁹⁻¹¹

Los síntomas dependen de su ubicación, pero estas lesiones afectan el arco posterior de la vértebra, y se desarrollan dentro del canal espinal. El dolor es irradiado en las piernas debido a la compresión de la raíz nerviosa, pueden asociarse, además, a pie péndulo, síndrome de la cola de caballo, claudicación neurogénica o curvatura espinal atípica.⁹⁻¹¹

En la paciente, el desarrollo de la lesión a partir de la capa cartilaginosa subperióstica provocó la disminución de los diámetros del canal con compromiso de la cuarta raíz lumbar, que asociado al antecedente de cáncer de colon operada hace tres años, la interpretación inicial fue de posible metástasis ósea de la tercera vértebra lumbar. Para Hadhri K et al⁹. los síntomas de presentación más común de un paciente con osteocondroma lumbar fue una masa palpable (35 %) o una deformidad espinal.⁹

En algunos casos, las radiografías simples son insuficientes para diagnosticar los osteocondromas espinales por lo que es esencial evaluar estas lesiones con tomografía axial computarizada combinada con IRM para medir espesor de la capa del cartílago y demostrar compresión de la raíz nerviosa en los casos con sintomatología neurológica. La transformación maligna ocurre rara vez en los osteocondromas solitarios y se estima un aproximado de un 1 %. Se debe sospechar recurrencia local si el grosor de la capa cartilaginosa supera 1 cm.¹⁰⁻

11

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lichtenstein, L.: Classification of primary tumors on bone. *Cáncer*. 1951; 4:335-341
2. Yanmara Betharte-Sotomayor. Hidrocefalia asociada a un encondroma vertebral lumbar: presentación de un caso. *Rev. Arch Med Camagüey*: Marzo. 2019;23(4)
3. Krishnan Unni K, Inwards CY. Condroma. DAHLIN'S Tumores Óseos [Internet]. 6ta ed. Madrid: Amolca; 2016 [citado 22 May 2018]. Disponible en: <http://www.amolca.com.co/images/stories/amolca/medicina/ortopedia-y-traumatologia/tumores-oseos/pag25.pdf>
4. Samper Muarrak H, Pérez Muarrak D, Álvarez Gutiérrez A, Nacaesey Jones R, Díaz Martínez JV, Moreno González R. Encondroma óseo. Presentación de un caso. *MEDICIEGO* [Internet]. 2014 [citado 10 May 2018];20(2):[aprox.6 p.]. Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/55/341>
5. Aparisis Rodríguez F. RM de los tumores óseos. En: Cerezal Pesquera L, García Valtuille R, Abascal F, Corral Sampedro JF, editores. *Resonancia Magnética del sistema músculo esquelético* [Internet]. España: Seram; 2008 [citado 03 May 2018]. Disponible en: <http://www.serme.es/wp-content/uploads/2016/05/capitulo9p.pdf>
6. Jalón P, Holguín J, Campero A, González Abbati S, Mezzadri JJ, Carrizo A. Osteocondroma Dorsal Solitario: Una Causa Inusual de Compresión

- Medular. Rev Argent Neuroc [Internet]. 2005 [citado 06 May 18];19(89):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://aanc.org.ar/ranc/items/show/582>
7. Santos Guzmán J, Cantú Reyna C, Cano Muñoz I, Pulido Ayala AK, García A. Osteocondromatosis múltiple hereditaria en una familia. Bol Med Hosp Infant Mex [Internet]. 2016 [citado 06 May 2018];73(2):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665114616000046?via%3Dihub>
 8. García Ramos CL, Bunganza Tepole M, Obil Chavarría CA, Reyes Sánchez AA. Osteocondroma espinal: diagnóstico por imagen y tratamiento. Reporte de casos. Cir [Internet]. 2015 [citado 07 May 2018];83(6):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66242708008>.
 9. Hadhri K, Tebourbi A, Saidi M, Kooli M. Solitary osteochondroma arising in lumbar spinous process: Case report. Acta Orthop Traumatol Turc [Internet]. 2016 [citado 14 May 2018];50(6):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6197442/>.
 10. Phan TG, Krauss WE, Fealey RD. Recurrent Lumbar Ependymoma Presenting as Headache and Communicating Hydrocephalus. Mayo Clin Proc [Internet]. 2000 [citado 14 May 2018];75(5):[aprox. 3 p.]. Disponible en: [https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(11\)63065-6/pdf](https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(11)63065-6/pdf).
 11. Sankhla S, Khan GM. Caudaequinaparaganglioma presenting with intracranial hypertension case report and review of the literature. Neurol India [Internet]. 2004 Jun [citado 14 May 2018];52(2):[aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.bioline.org.br/request?ni04073>.

Recibido: 15 de marzo 2021

Aceptado: 12 septiembre 2021

Máximo M. García-Mirabal. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas.
Calle 216 y 11-B Reparto: Siboney, Playa, La Habana, Cuba
Tel: 8581000

E-mail: bcimeq@infomed.sld.cu