

Autores: Juan Ignacio PERALTA, Julio Cesar CUGINI, Martin Roberto GONZALEZ, Luciano SPINOLA, Ariel PLENC.

Sanatorio Clínica modelo Morón.

Bs. As. Argentina.

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

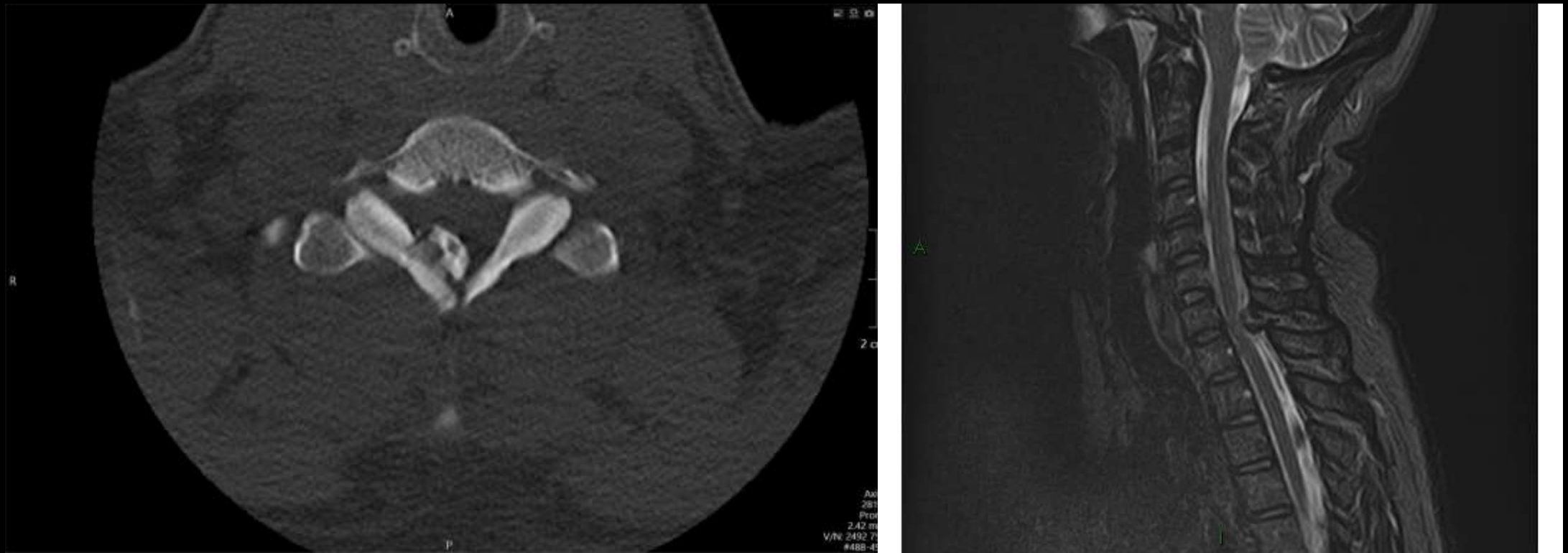
e-mail: juaniperalta@gmail.com

Presentación clínica:

Paciente femenino de 23 años que consulta por presentar inestabilidad en la marcha y cervicalgia continua, que se irradia hacia ambos miembros superiores, a predominio derecho con parestesias.

Hallazgos imagenológicos:

Se realizó una TC de columna cervical sin contraste endovenoso, en la que se evidenció formación calcificada en relación a la lamina derecha del cuerpo vertebral C7, que se extiende hacia el canal medular. En RMN, se visualizó tumoración ósea cortical exofítica, que produce compresión medular con signos de mielomalacia.



Discusión:

Los osteocondromas son tumores óseos benignos frecuentes. Se originan a partir del periostio y crecen progresivamente por osificación endocondral de la capa de cartílago aberrante. Se presentan como excrescencias óseas sésiles o pediculadas, con una corteza y periostio en continuidad con el hueso del que se originan. Ocurren con dos patrones diferentes, como lesión solitaria o esporádica, sin componente genético, o como lesiones múltiples (exostosis hereditaria múltiple). El compromiso espinal es raro, y más aún en la forma solitaria, representando del 1 al 4% de las lesiones. Mientras que en la forma hereditaria es más frecuente con un 7% de compromiso espinal. Es excepcional la sintomatología neurológica. Más del 50% de los osteocondromas ocurren en pacientes menores de 20 años. La malignización es rara, reportándose del 1 al 5% en las lesiones solitarias y un 10 al 20% en las hereditarias, generalmente con degeneración sarcomatosa.

La RMN es de gran utilidad mostrando característicamente una lesión intraespinal, con una capa periférica hiperintensa de grosor variable, correspondiente al cartílago en osificación. Presenta un centro iso/hiperintenso con el hueso vertebral, dándole el aspecto de "blanco", con escaso o nulo refuerzo a la inyección de gadolinio. La TC permite mejor visualización de la estructura ósea del tumor, mostrando la relación con la vértebra y el grado de compromiso.

Conclusión:

El osteocondroma es un tumor osteocartilaginoso benigno. El compromiso espinal es raro y es excepcional la sintomatología neurológica. La exéresis quirúrgica completa es el tratamiento de elección.

Bibliografía:

1. Sakai D, Mochida J, Toh E, Nomura T. Spinal osteochondromas in middle-aged to elderly patients. Spine 2002; 27: E503-6.
2. Khosla A, Martin D, Awwad E. The solitary intraspinal vertebral osteochondroma. An unusual cause of compressive myelopathy: features and literature review. Spine 1999; 24: 77-81.
3. Morard M, Preux J. Solitary osteochondroma presenting as a neck mass with spinal cord compression síndrome. Surg Neurol 1992; 37: 402-5.
4. Quirini G, Meyer J, Herman M, Russell E. Osteochondroma of the thoracic spine: An unusual cause of spinal cord compression. AJNR 1996; 17: 961-4.
5. O'Connor G, Roberts T. Spinal cord compression by an osteochondroma in a patient with multiple osteochondromatosis. J Neurosurg 1984; 60: 420-3.
6. Palmer FJ, Blum PW. Osteochondroma with spinal cord compression. Report of three cases. J Neurosurg 1980; 52: 842-5.
7. Ratliff J, Voorhies R. Osteochondroma of the C5 lamina with cord compression. Case report and review of the literature. Spine 2000; 25: 1293-5.