



CASOS CLÍNIC

COMPRESIÓN MEDULAR POR QUISTE ANEURISMÁTICO ÓSEO. ESTUDIO CON T.A.C.

En memoria de la Dra. Alicia González

**I. Fábregues *, M. Pineda *, J. Costa **,
J. Vila ***, G. Picó * y E. Fernández-Alvarez ***

Introducción

Los quistes aneurismáticos óseos de columna vertebral se observan raramente. COHEN y cols. ⁽¹⁾ lo señalan en 11 de 413 (2,66 %) casos de tumores vertebrales a células gigantes. Definidos por JAFFE y LICHTENSTEIN ⁽²⁾ en 1942, se trata de una tumoración ósea benigna, que puede localizarse en cualquier lugar del esqueleto pero preferentemente a nivel de huesos largos ⁽³⁾. Según MC CARTY y cols. ⁽⁴⁾ constituyen el 1,5 % de todos los tumores óseos primarios.

Describimos un caso de quiste aneurismático a nivel de columna cervical que debutó clínicamente con un síndrome de compresión medular. La tomografía axial computerizada (T.A.C.), método no agresivo de exploración, delimitó con exactitud la lesión, haciendo innecesaria una mielografía.

Caso clínico

S. G. S., hembra de tres años que ingresa el 27/X/80 por presentar un trastorno progresivo de la marcha. Dos meses antes había sufrido una caída tras la cual presentó dolor torácico alto e intermitente de predominio vespertino, cediendo espontáneamente a las dos semanas. Un mes antes de su ingreso aparece un trastorno en la marcha, en forma de claudicación de extremidad inferior derecha, el cual progresa lentamente hasta serle imposible la deambulación autónoma.

Hospital Infantil de San Juan de Dios. Barcelona (*): Servicio de Neurología. (**): Servicio de Cirugía. (***): Departamento de Anatomía Patológica.

Al examen presenta: acusada hipotonía de predominio proximal en extremidades inferiores, hiperreflexia osteotendinosa en extremidades inferiores con respuesta aquilea policinética. Plantar en flexión. La marcha era sólo con apoyo y claramente paraparética. El resto de la exploración era normal.

Se practicaron los siguientes exámenes complementarios: hemograma, V.S.G., calcio, fósforo, fosfatasa alcalina, transaminasas, proteinogramas, ácido vanilmándico en orina y velocidad de conducción nerviosa, siendo los resultados normales. L.C.R.: proteínas totales: 310 mg. %. Celularidad y glucosa: normales.

En el estudio radiológico de columna se observan imágenes de destrucción ósea a nivel de D 3 afectando simétricamente la apófisis y pedículos (Fig. 1). El

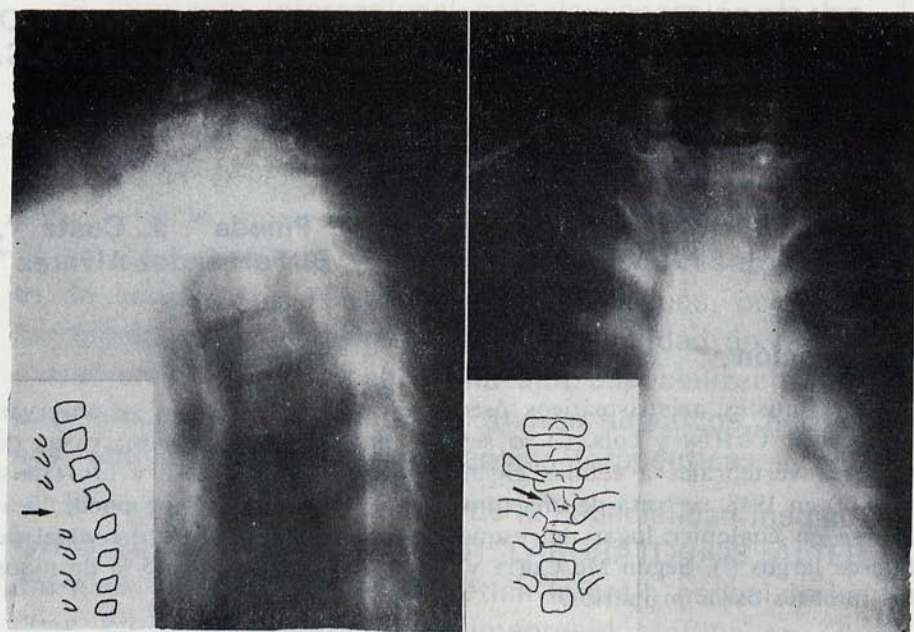


FIGURA 1: Planigrafía de columna lumbar, frente y perfil, mostrando la destrucción de la apófisis espinosa de D3. En el cuerpo vertebral no se observan lesiones.

T.A.C. espinal precisa más la extensión de la lesión y permite observar pequeños restos óseos en la zona, respetándose el cuerpo vertebral (Fig. 2). La gammagrafía ósea mostró una imagen de intensa captación en el nivel antes señalado (Fig. 3).

Ante la evidencia de una tumoración ósea el 7/XI/80 se practica un abordaje quirúrgico: visualización de D1 a D4, se observa insuflamiento selectivo de D3, apareciendo con una coloración negro-azulada. Al practicar la laminectomía de esta vértebra llama la atención su friabilidad y su carácter sangrante. Completada la laminectomía y «curetage» se extirpa el manguito extradural proyectado hacia D2 y D4. Se comprueba una perfecta liberación medular por el buen latido y el paso de una sonda en sentido cráneo-caudal.

El estudio histológico mostró un patrón formado por espacios vasculares irregulares, revestidos por un epitelio aplanado el cual asienta sobre tejido de

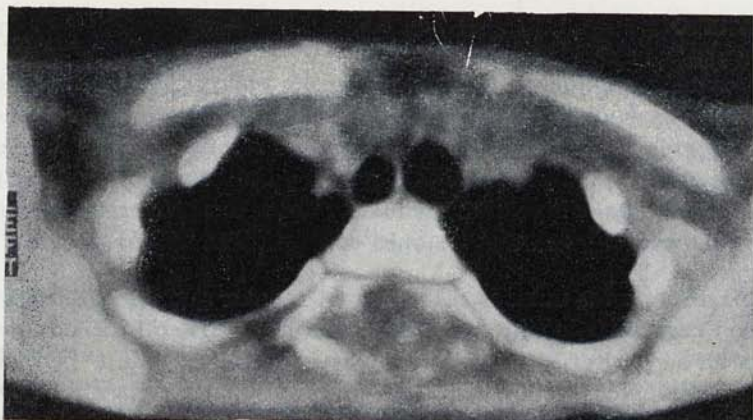


FIGURA 2: T.A.C. vertebral a nivel de D3 en el que se observa la destrucción de apófisis espinosa y pedículos. Se pueden observar restos óseos.

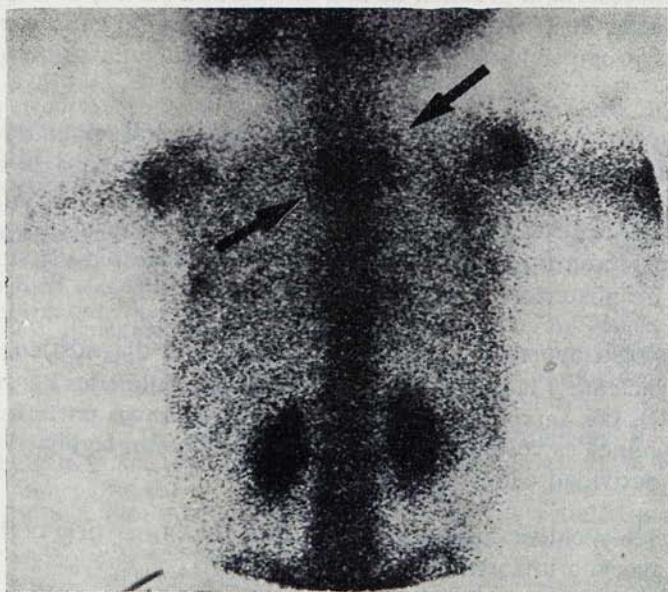


FIGURA 3: Gammagrafía isotópica: zona de captación aumentada (flechas) correspondiente al quiste aneurismático.

granulación crónica con zonas de células fusiformes, células gigantes multinucleadas, hemorragias y depósitos irregulares de pigmento hemático. En varias zonas la pared descrita es fibrohialina y ocasionalmente aparecen pequeñas trabéculas osteoides.

La evolución postquirúrgica fue favorable, recuperando la motilidad espontánea en extremidades inferiores a los dos días. El 8/XII/80 la exploración neurológica era prácticamente normal.

La semiología clínica de nuestra paciente corresponde a un síndrome de compresión medular. La significación de los dolores previos es incierta. Mc CARTY y cols. (4) en su revisión de 10 casos reseña dolor en 8 de ellos y en uno una paraplejía espástica. Mc ARTHUR y FISHER (5) describen un caso con un síndrome de compresión medular y dolor local. Algunos autores han sugerido una relación de estas lesiones con un traumatismo previo (6 2 7).

La mayoría de los autores coinciden en señalar que los hallazgos radiológicos son característicos; describiendo una lesión osteolítica, circunscrita, bordeada en su periferia por una lámina perióstica delgada (6 3 8). En las imágenes radiológicas de nuestro caso y especialmente en la T.A.C. observamos una destrucción completa y simétrica de pedículos y apófisis espinosa. La T.A.C. aporta un nuevo enfoque en el estudio de las lesiones expansivas raquídeas; en nuestro caso permitió la localización precisa de la lesión lo cual hizo innecesaria la práctica de una mielografía para el abordaje quirúrgico. El carácter destructivo, el aumento de la captación en la gammagrafía y su rápida progresividad clínica orientación hacia una tumoración ósea maligna.

La terapéutica aconsejada en estas lesiones consiste en el abordaje quirúrgico practicando un «curetage» (2 3 4 8). Respecto a la aplicación de radioterapia posquirúrgica las opiniones divergen: LICHTENSTEIN (3) indica una dosis de 1.500 Rads si el vaciamiento ha sido incompleto, otros autores (8) consideran injustificada la radioterapia, sobre todo si se atiende a los riesgos de posterior desarrollo de un sarcoma.

La histología aporta el elemento definitivo en el diagnóstico, y dada la edad de la paciente y la localización deja pocas posibilidades de diagnóstico diferencial (9). Los sarcomas a células gigantes son raros en la infancia, su localización nunca es vertebral y en ellos no se observan lagunas vasculares, ni tampoco actividad osteogénica (4).

Esta lesión recidiva con poca frecuencia, y en la mayoría de las ocasiones ésta se asocia a una extirpación incompleta (8).

Resumen

Describimos un caso de quiste aneurismático vertebral en una niña de tres años. La semiología clínica fue la de un síndrome de compresión medular. Se describen y comentan los hallazgos radiológicos y de la T.A.C. La histología fue la típicamente descrita en estas lesiones. Comentamos las diversas características de nuestro caso insistiendo sobre la utilidad de la T.A.C.

Describim un cas de quist aneurismàtic vertebral en una nena de 3 anys. La semiologia clínica fou la corresponent a una síndrome de compressió medul·lar. Hom descriu i comenta les troballes radiològiques i de la T.A.C. La histologia fou la típica per aquest tipus de lesions. Es comenten les diverses característiques del cas, tot insistint en la utilitat de la T.A.C.

Summary

A three years old girl with a vertebral aneurysmatic cyst is described. Clinical findings are those of a medullary compression syndrome. The neuroradiological findings including body scanner are presented. The neuropathological findings were the typical for this disease. Especial emphasis is placed on the value of the C.T. scan in the diagnosis of this disease.

Bibliografía

1. Cohen, D.M., D.C. Dahlin and C.S. McCarty: Vertebral giant-cell tumor and variants. *Cancer*. 17:461, 1964.
2. Jaffe, H.L. and Lichtenstein, L.: Solitary unicameral bone cyst, with emphasis on the roentgen picture, the pathologic appearance and the pathogenesis. *Arch. Surg.* 44:1004, 1942.
3. Lichtenstein, L.: Aneurysmal bone cyst. Observations on fifty cases. *J. Bone Joint Surg.* 39-A:873, 1957.
4. McCarty, C.S., D.C. Dahlin, J.B. Doyle, P.R. Lipscomb and D.G. Pugh: Aneurysmal bone cysts of the neural axis. *J. Neurosurg.* 18:671, 1961.
5. McArthur, R.A. and R.G. Fisher: Aneurysmal bone cyst involving the vertebral column. *J. Neurosurg.* 24:772, 1966.
6. Daudet, M., J. Marion, R. Faysse, J.-L. Vauzelle, J. Baulieu, J. Rebouillat et C. Lapras: Le kyste anévrysmal osseux chez l'enfant (A propos de 8 observations). *Ann. Chir. Infant.* 12:7, 1971.
7. Sherman, R.S. and Soong Ky: Aneurysmal bone cyst. *Radiology* 68:54, 1957.
8. Rigault, P., J. Beneux et P. Desvignes: Le kyste anévrysmal des os chez l'enfant, a propos de 16 cas. *Ann. Pédiatr.* 19:223, 1972.
9. Merle D'Aubigné, R., J.M. Thominé, A. Mazabraud et D. Hannouche: Evolution spontanée post-opératoire des tumeurs à cellules géantes. *Rev. Chir. Orthop.* 54:689, 1968.