

HOSPITAL CLÍNICO QUIRÚRGICO DOCENTE  
"CMDTE. MANUEL FAJARDO RIVERO"  
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

OSTEOCONDROMA DE COLUMNA DORSAL.  
PRESENTACIÓN DE UN PACIENTE

Dr. Orestes Mora Marrero<sup>1</sup>, Dr. Luis Enrique Álvarez Miranda<sup>2</sup> y Dra. Juliana Arnejo Marcelo<sup>3</sup>

1. Especialista de I Grado en Ortopedia y Traumatología. Máster en Medicina Natural y Tradicional. Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Cmdte. Manuel Fajardo Rivero". Santa Clara, Villa Clara. Servicio de Ortopedia y Traumatología. Asistente. UCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Ortopedia y Traumatología. Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Cmdte. Manuel Fajardo Rivero". Santa Clara, Villa Clara. Servicio de Ortopedia y Traumatología.
3. Especialista de I Grado en Psiquiatría. Policlínico Docente "Roberto Fleites". Centro de Salud Mental. Santa Clara, Villa Clara.

*Descriptor DeCS:*

OSTEOCONDROMA/cirugía  
PROCESO ODONTOIDE

*Subject headings:*

OSTEOCHONDROMA/surgery  
ODONTOID PROCESS

El osteocondroma es una neoplasia benigna frecuente que se desarrolla comúnmente en las metáfisis de los huesos largos<sup>1,2</sup>. La localización espinal es una lesión relativamente rara; en una reciente revisión realizada en el 2004, Albrecht y colaboradores encontraron un total de 140 casos. Recientemente se han añadido otras descripciones<sup>3,4</sup>. Puede considerarse que el osteocondroma espinal supone alrededor del 0,4 % de los tumores intraespiniales o el 3,9 % de los tumores óseos solitarios localizados en la columna vertebral. El osteocondroma asintomático es más frecuente<sup>5</sup>. El osteocondroma espinal sintomático es una lesión neoplásica benigna poco frecuente, cuyo tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica, aunque está registrado entre las cinco neoplasias óseas y lesiones pseudoneoplásicas más frecuentes en los adolescentes<sup>6</sup>. Se presenta un paciente con osteocondroma solitario asintomático localizado en la columna dorsal, que fue tratado mediante intervención quirúrgica.

Presentación del paciente

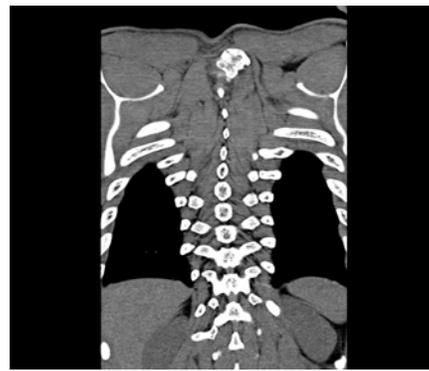
Se trata de un hombre de 22 años de edad, sin antecedentes familiares o personales de interés, que acudió a consulta por presentar un aumento de volumen en la región dorsal alta, de aproximadamente 5 cm de diámetro, de crecimiento rápido y de unos tres meses de evolución (Fig 1); la exploración neurológica y las maniobras de elongación radicular eran claramente negativas, la resonancia magnética nuclear (RMN) mostraba una lesión calcificada a nivel de la apófisis espinosa de D1 que se encontraba muy engrosada (Fig 2). El enfermo fue intervenido mediante anestesia general endotraqueal; la vía de acceso utilizada fue dorsomedial (Fig 3) y se realizó exéresis de la mencionada apófisis; el tumor se resecó en bloque (Fig 4); estaba cubierto por una capa de aspecto cartilaginoso con un tamaño de 5 x 5 cm. La evolución clínica del paciente fue satisfactoria.



Fig 1 Presencia del tumor dorsal ubicado en la apófisis espinosa D1.



2A



2B

Fig 2 Corte de la resonancia magnética nuclear que muestra un engrosamiento de la apófisis espinosa D1 en vista lateral (2A) y en vista anteroposterior (2B).



Fig 3 Intervención quirúrgica del tumor.

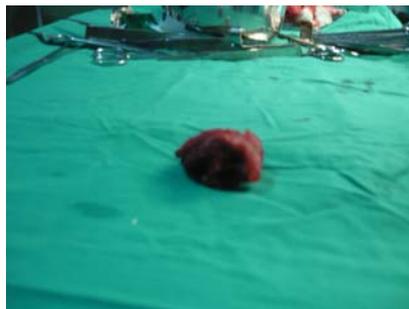


Fig 4 Tumor resecado.

El estudio anatomopatológico confirmó la naturaleza condromatosa de la lesión. La exostosis tenía una base ósea sobre la que se asentaba tejido cartilaginoso con hileras de condrocitos que corroboraban la presencia de restos de cartílago epifisario y, en continuidad, cartílago lobulado con condrocitos distribuidos al azar y sin atipias, todo ello característico del osteocondroma.

#### Comentario

El osteocondroma es una lesión benigna que se origina por el crecimiento aberrante de una porción del cartílago de crecimiento epifisario, que forma una tumoración ósea de aspecto exofitario rodeada de una capa de cartílago. Este origen hace que el osteocondroma no aparezca en huesos de osificación membranosa (como la calota craneal) y que sea raro en la columna<sup>5</sup>. 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<sup>6</sup>. El osteocondroma espinal puede presentarse como una lesión solitaria o en el seno de la llamada osteocondromatosis múltiple hereditaria<sup>4,7</sup>. Aproximadamente, dos tercios de los casos descritos en la columna son solitarios, mientras que en el resto hay múltiples lesiones en el esqueleto. Desde el punto de vista histico, 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.

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 se asientan sobre todo en el segmento cervical, seguido del torácico y, finalmente, el lumbar<sup>1,5</sup>. Esta distribución es relacionada por Albrecht 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 que el tumor crece resulta más fácil que se exprese clínicamente en el raquis cervical y torácico, donde la afectación del espacio es más probable. En la vértebra se localizan preferentemente en el arco neural, pedículo y articulación costovertebral. La fisiopatología de los síntomas puede estar en relación con alguno de los siguientes hechos<sup>8</sup>: 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; 3) compresión de las estructuras nerviosas, que pueden ocasionar compresión medular o radicular. En la revisión de la literatura realizada por Albrecht, 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, y eran mucho más raras las otras expresiones clínicas. En el paciente estudiado, solo encontramos como síntomas el aumento de volumen de consistencia firme y no móvil a nivel del segmento dorsal alto, y rigidez para la realización de movimiento de extensión máxima del cuello; el examen neurológico resultó totalmente negativo, pues la lesión solo afectada la apófisis espinosa de la primera vértebra dorsal. El medio de diagnóstico de elección es la RMN, ya que permite diagnosticar la afección y sus relaciones con el contenido del canal raquídeo. El tratamiento del osteocondroma espinal es la extirpación quirúrgica, y eliminar siempre el casquete condral para evitar la recidiva. La indicación de cirugía es evidente en los pacientes que presenten manifestaciones clínicas neurológicas, y en este caso los resultados son muy favorables. En los otros, la indicación ha de hacerse valorando la posibilidad que tienen estas lesiones de malignización hacia un condrosarcoma, que alcanza el 1 % de los pacientes. Son signos sospechosos de malignización: el 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<sup>8</sup>. En resumen, el osteocondroma espinal es una lesión rara, pero de unas características clínico-radiológicas muy limitadas que permiten diagnosticarlo con facilidad. El tratamiento de las lesiones sintomáticas es su extirpación quirúrgica en bloque, mientras que las que no sean intervenidas deben ser vigiladas rigurosamente, para detectar eventuales signos de malignización<sup>3,5</sup>.

### **Referencias bibliográficas**

1. Oliva F, Marconi A, Fratoni S, Maffulli N. Extra-osseous osteochondroma-like soft tissue mass of the patello-femoral space. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2006;7:57.
2. Shah NR, Wilczynski M, Gelberman R. Osteochondroma of the capitate causing rupture of the extensor digiti minimi: case report. *J Hand Surg Am*. 2009 Jan;34(1):46-8.
3. Yagi M, Ninomiya K, Kihara M, Horiuchi Y. Symptomatic osteochondroma of the spine in elderly patients. Report of 3 cases. *J Neurosurg Spine*. 2009 Jul;11(1):64-70.
4. In-Ho Han, Sung-Uk Kuh, Cervical Osteochondroma Presenting as Brown-Sequard Syndrome in a Child with Hereditary Multiple Exostosis. *J Korean Neurosurg Soc*. 2009 May;45(5):309-11.
5. Zamudio JE, Atlitec CP, Martínez MO. Osteocondroma de lámina lumbar y compresión radicular. Reporte de un caso. *Acta Ortop Mex*. 2007;21(5):261-6.
6. Estrada-Villaseñor E, Delgado Cedillo EA, Rico Martínez G. Frecuencia de neoplasias óseas en adolescentes y adultos jóvenes. *Acta Ortop Mex*. 2008 Sep -Oct;22(5):316-20.
7. Kitsoulis P, Galani V, Stefanaki K, Paraskevas G, Karatzias G, Agnantis NJ, et al. Osteochondromas: review of the clinical, radiological and pathological features in vivo. 2008 Sep-Oct;22(5):633-46.
8. Gomar F, Fernández CI, Esquerdo J. Tumores óseos. En: Gomar F. *Patología quirúrgica osteoarticular*. Valencia: Saber; 1999. p. 215-78.

Recibido: 15 de diciembre de 2009

Aprobado: 31 de marzo de 2010