

Tumor vertebral inclasificable

Seguimiento durante cuatro años

C. RODRIGUEZ DE LA RUA, J. M. LOPEZ PORRUA, A. MURCIA MAZON, M. FRESNO FORCELLEDO y A. HERRERO ZAPATERO

RESUMEN

Se presenta un tumor vertebral a nivel de T-9, imposible de clasificar a pesar de los cuatro informes histopatológicos distintos: ¿Sarcoma de células gigantes? ¿Cordoma? ¿Meningioma angioblástico? ¿Hemangiopericitoma? ¿Ependimoma mixoide? ¿Tumor inclasificable?

El tumor cedió con cobaltoterapia y el enfermo se recuperó parcialmente de su compresión medular después de la intervención (Laminectomía descompresiva).

Descriptores: Tumor vertebral inclasificable.

SUMMARY

A challenging tumor for diagnosis is reported. Many pathologies suggest different diagnosis: Sarcoma? Chordoma? Angioendothelial tumor? Hemangiopericytoma? Ependimomyxoid tumor? Unclassified tumor?

Key words: An unclassified spine tumor.

Introducción

Presentamos el caso de una paciente afectada de un tumor vertebral a nivel de T9, caso que consideramos interesante ante la imposibilidad de clasificación a la que hemos llegado, puesto que contaremos con cuatro diagnósticos histológicos diferentes.

El tratamiento de esta paciente a base de cirugía y radioterapia, ha llegado, a pesar de las presunciones en contra, a la curación en el momento actual.

C. A. G., paciente de 29 años de edad, de profesión limpiadora, que ingresa procedente del Departamento de Medicina Interna por presentar un cuadro consistente en dolor dorsal sin irradiación, que aumenta con la respiración y al movilizar el tronco no habiendo experimentado mejoría con tratamiento sintomático.

Antecedentes personales: En mayo de 1977, presenta dolores en región dorsal, sin irradiación a extremidades. Tratada con antirreumáticos sin experimentar mejoría. Se le practica un legrado por

presentar metrorragias. Posterior pérdida progresiva de fuerzas en ambas piernas, más acentuada en la derecha, con parestesias en muslo derecho y extremidad inferior izquierda. Imposibilidad de caminar sin ayudar, pérdida de memoria, caída del pelo.

Tras realizar estudio radiográfico se le aprecia (figs. 1 y 2), a nivel de la novena vértebra torácica, una imagen de colapso vertebral parcial, con lisis del pedículo izquierdo, y con un aumento de sombra tipo fusiforme, de las partes blandas paravertebrales.

Ante estos resultados se cataloga el cuadro como tumor óseo primitivo o metastásico, por lo que se considera indicado la cirugía.

En el curso de su estancia se le instaura paraparesia que a los tres días, el 10-9-77, se convierte en paraplejía, por lo que se le interviene de urgencia practicándosele por vía posterior laminectomía, biopsia y artrodesis con instrumentación de Harrington, mediante dos vástagos de compresión (figs. 3 y 4).

Durante la intervención, practicada la laminectomía, se comprueba que emerge por el lado izquierdo del canal una tumoración, blanda y rojiza, comprimiendo la dura que no late.

Efectuada la intervención la disminución del cuadro neurológico es progresiva.

El estudio anatomopatológico de las muestras tomadas durante la intervención es el siguiente:

Descripción macroscópica

Se reciben varios fragmentos irregulares que miden en conjunto: 2 x 1 x 0'2 cm, de

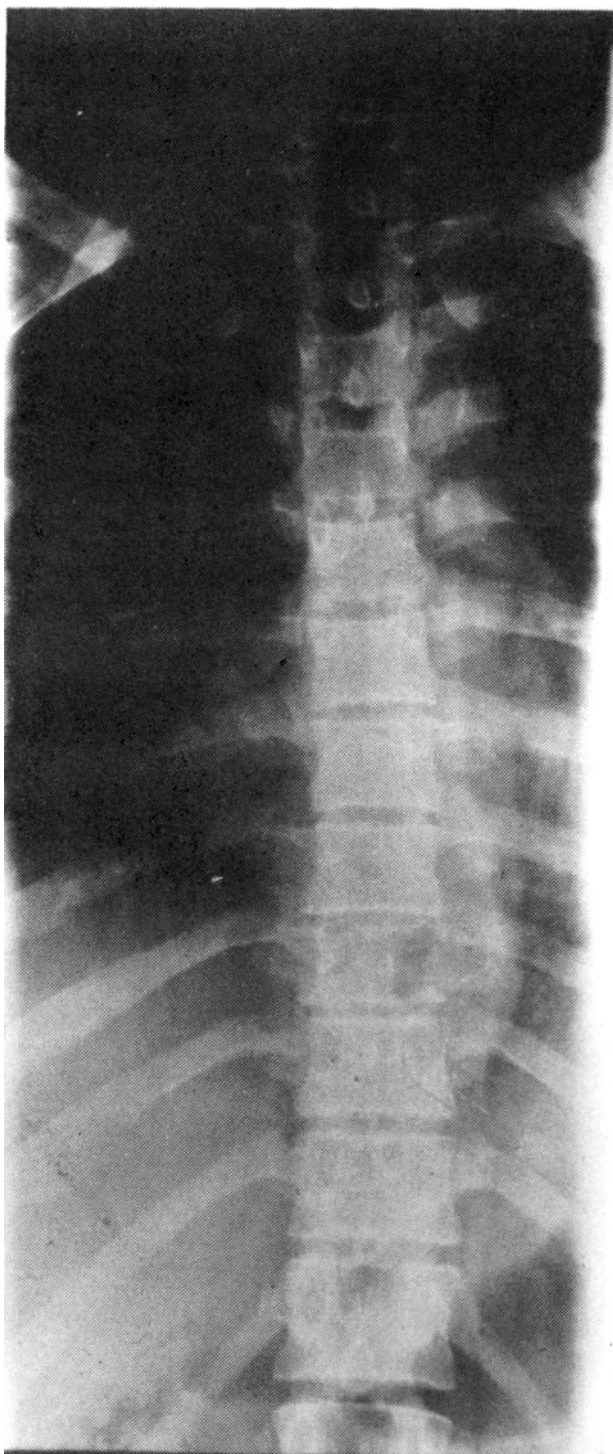


FIG 1

coloración marrón oscuro y de consistencia elástica; junto con ellas viene un fragmento de consistencia ósea irregular, que tiene unas dimensiones máximas de 0'5 x 0'5.

Descripción microscópica

El estudio histológico muestra una neoformación constituida por elementos celulares de núcleos redondeados u ovoides, cromatina grumosa, nucléolos poco evidentes, citoplasma eosinófilo abundante, mal definido. Las células muestran escaso pleomorfismo y escasas mitosis.

El patrón celular es difuso, observándose en ocasiones canales vasculares y disposición periférica celular. Existen células gigantes multinucleadas en algunos campos. No se evidencia formación de tejido cartilaginoso ni osteoide (fig. 5 a).

Diagnóstico anatomopatológico

Sarcoma de células pequeñas. Una nota añadida al informe indica que la imagen histológica también recuerda a un hemangio pericitoma y un condrosarcoma mesenguinal.

Dadas estas características y la localización del tumor se decide dos meses después, el 15-11-77 practicarle una fusión anterior con resección del noveno cuerpo vertebral torácico.

En la intervención se le aprecia un tumor redondeado, del tamaño de una ciruela, que procedía de la novena vértebra torácica y estaba situado debajo de la pleura mediastínica. Se abre el tumor y se extirpa prácticamente todo el cuerpo vertebral, incluido el pedículo. Los discos superior e inferior a dicha vértebra y dejando al descubierto la duramadre. Se toman injertos de corticoesponjosa de la cresta ilíaca y, una vez efectuada la distracción vertebral, se insertan tres gruesos injertos que quedan bien encajados. Al cabo de tres días se procede a la colocación de un corsé de yeso.

El estudio anatomopatológico de las

muestras tomadas en esta segunda intervención es el siguiente:

Descripción macroscópica

Se reciben varios fragmentos, unos de consistencia gelatinosa y otros de consistencia ósea, que miden en conjunto 4 x 3 cm.

Descripción microscópica

El estudio histológico muestra una neoformación que crece formando nódulos, constituidos por células de núcleos pequeños, ovals, sin nucléolo visible, con citoplasmas acidófilos a veces vacuolados y adoptando un patrón en encaje con material acidófilo de aspecto mucoso. No se observan atipias celulares y las mitosis son muy escasas. No se identifica tejido cartilaginoso ni óseo intratumoral (fig. 5 b).

Diagnóstico anatomopatológico

Imágenes muy sugestivas de cordoma. Ante la no concordancia de los diagnósticos se solicitó la colaboración del Anderson Hospital. El informe final de este Centro remitido con fecha 5-6-78, plantean la «extrema dificultad de este caso en el que no tenemos un diagnóstico definitivo». Juzgan que aparecen células inocuas, otras con mitosis o poco atípicas y que esta lesión parece ser localmente agresiva.

Según el informe algunos de los miembros del *staff* lo calificaron de meningioma angioblástico o hemangiopericitoma, mientras que otros consideraban la posibilidad de una peculiar variante de ependinoma myxoide.

A los cuatro meses de la intervención se le retiran las inmovilizaciones pasando al Centro de Rehabilitación y tres meses después se reincorpora a su trabajo habitual.

Dos años después, el 29-3-79, es revisada por el Servicio de Neurología por presentar parestesias en la extremidad inferior derecha e incontinencia urinaria con relativa

frecuencia, así como una marcha paretoespástica, con signo de Romberg negativo.

Nueve meses después ingresa de nuevo en nuestro Departamento por presentar pérdida de fuerza en la extremidad inferior derecha con pérdida de la dorsi-flexión del pie. A la exploración se aprecian reflejos rotulianos muy vivos, con el Aquileo derecho abolido. El resto de la exploración neurológica nos lleva a la conclusión de que la enferma padece una paraparesia grado 2/5 en la pierna derecha y 3/5 en la izquierda, con un nivel de anestesia en L-1 e hipoestesia en D-9.

Radiográficamente se aprecia una ima-

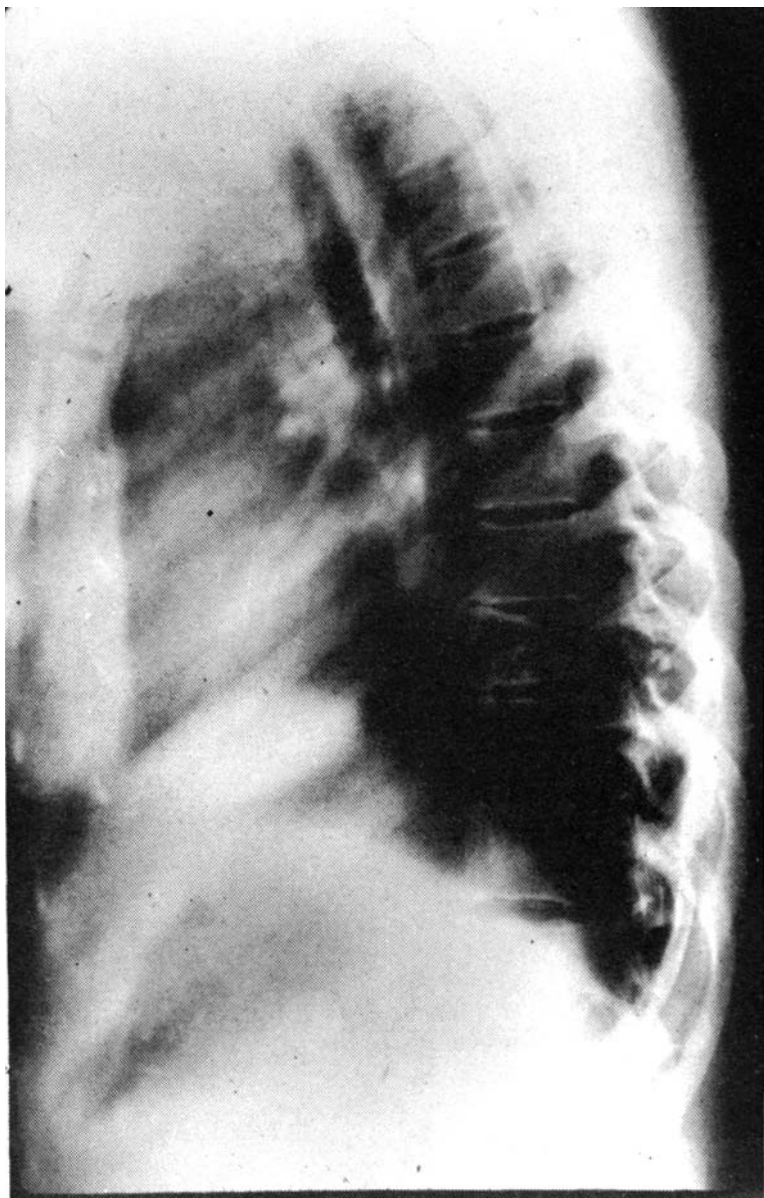


FIG. 2

gen lítica en la novena vértebra torácica. Las pruebas analíticas standar está en los límites de la normalidad.

Ante el diagnóstico de tumor inclasificable emitido por el Anderson Hospital y a pesar de que los tumores considerados posibles no eran radiosensibles, se consideró conveniente, previa reunión con el Servicio de Radioterapia del Hospital General de Asturias, el ingreso de la paciente en dicho

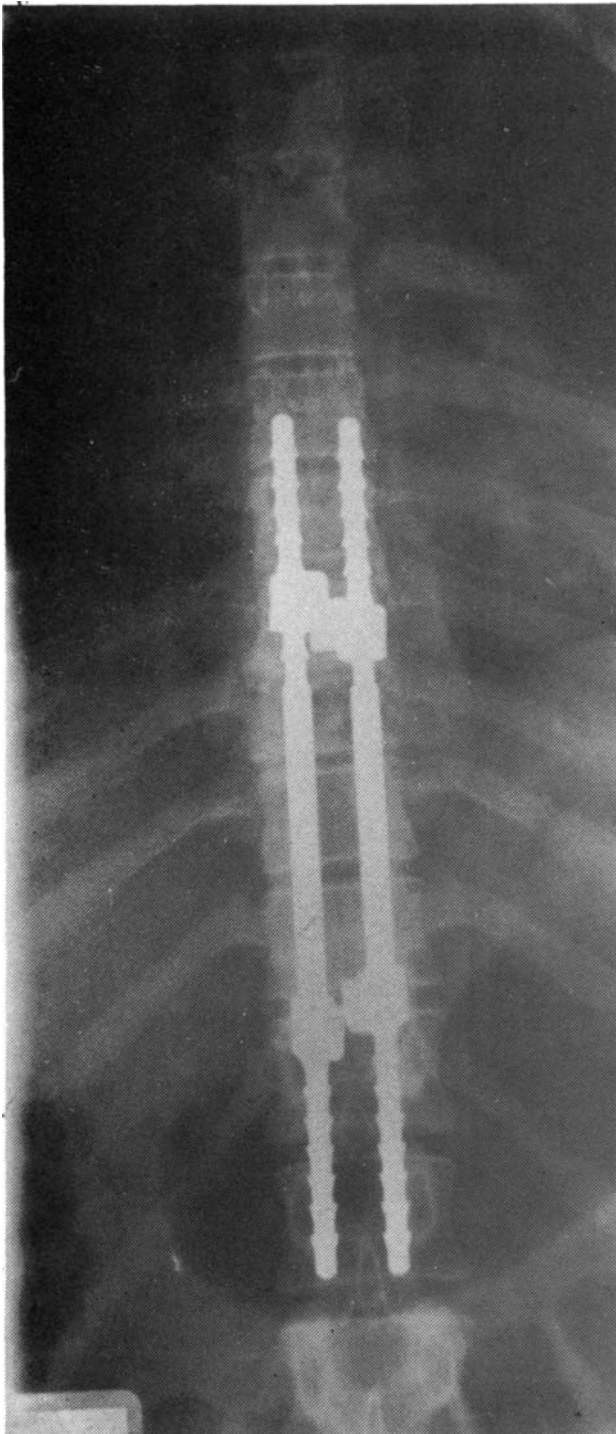


FIG. 3

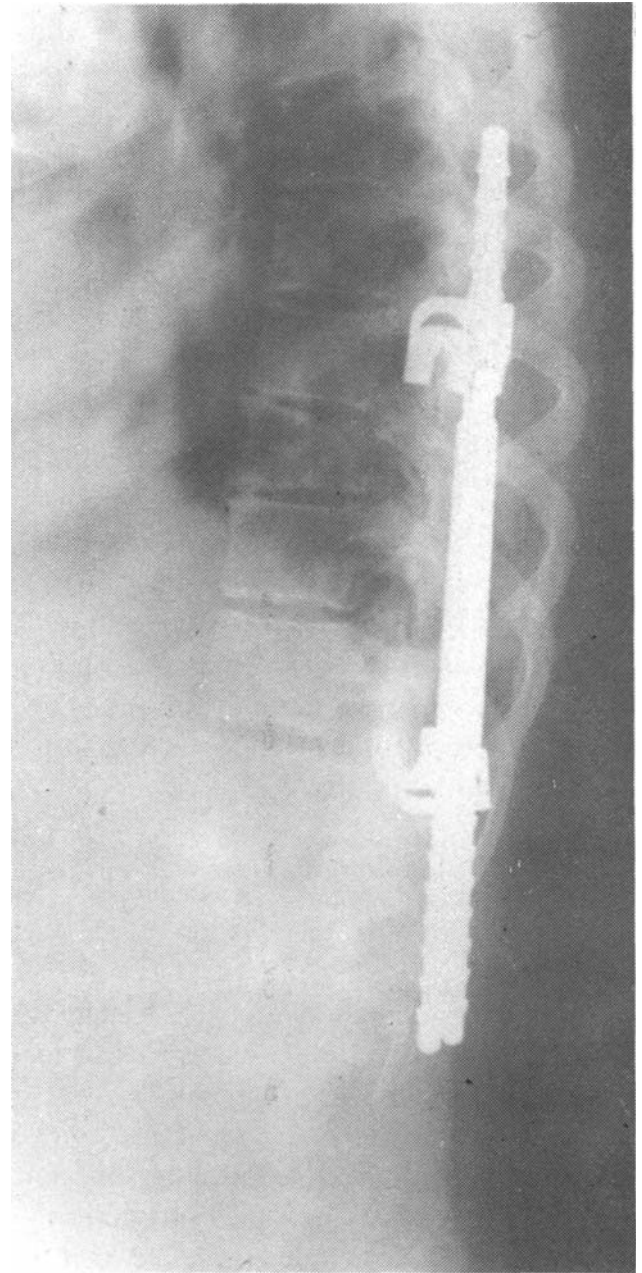


FIG. 4

Centro para ser tratada con telecobaltoterapia en la columna dorsal, recibiendo 4.500 Rads.

El día 26-3-80 se le hacen nuevas radiografías. La enferma se encontraba en silla de ruedas y con pérdida casi total de fuerza en miembros inferiores. Estando ingresada en el Centro de Rehabilitación.

Resultados

La enferma hace vida normal, incluso conduce un automóvil. En la exploración

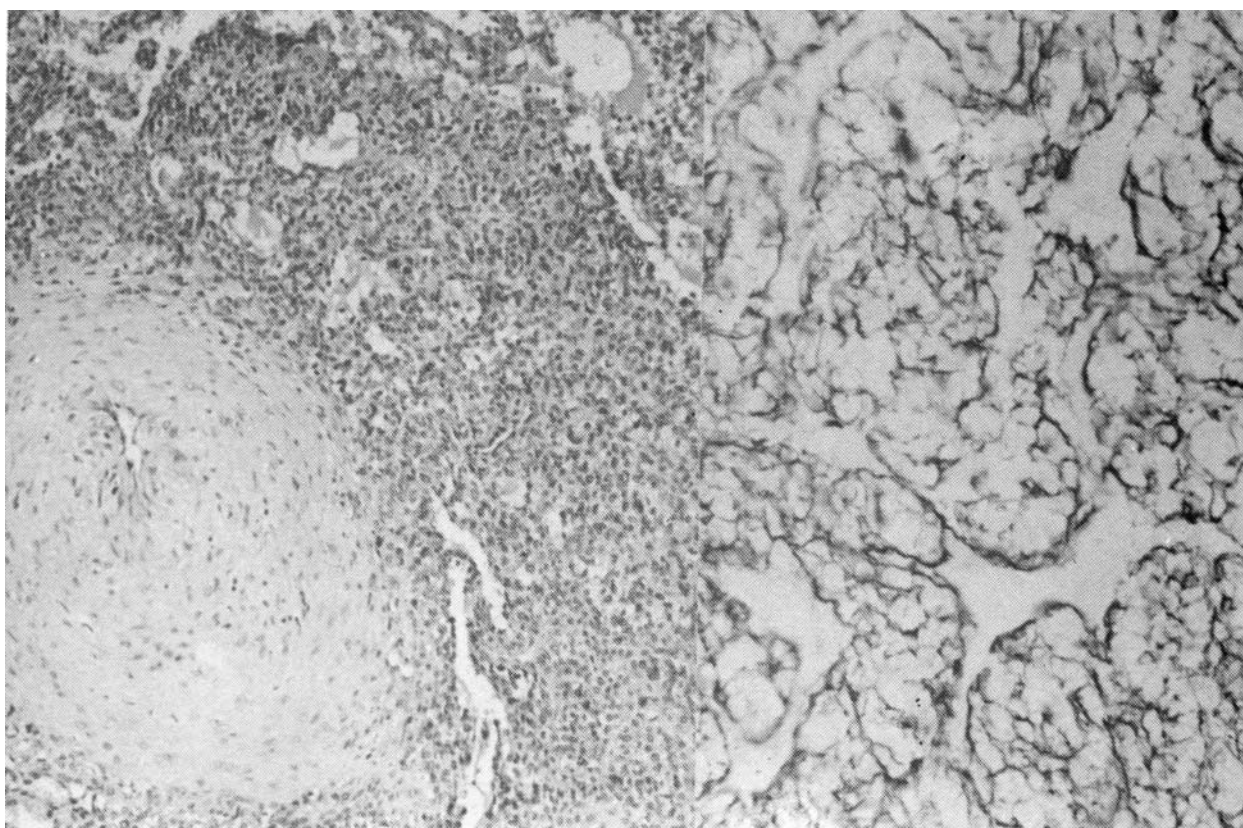


FIG. 5 a

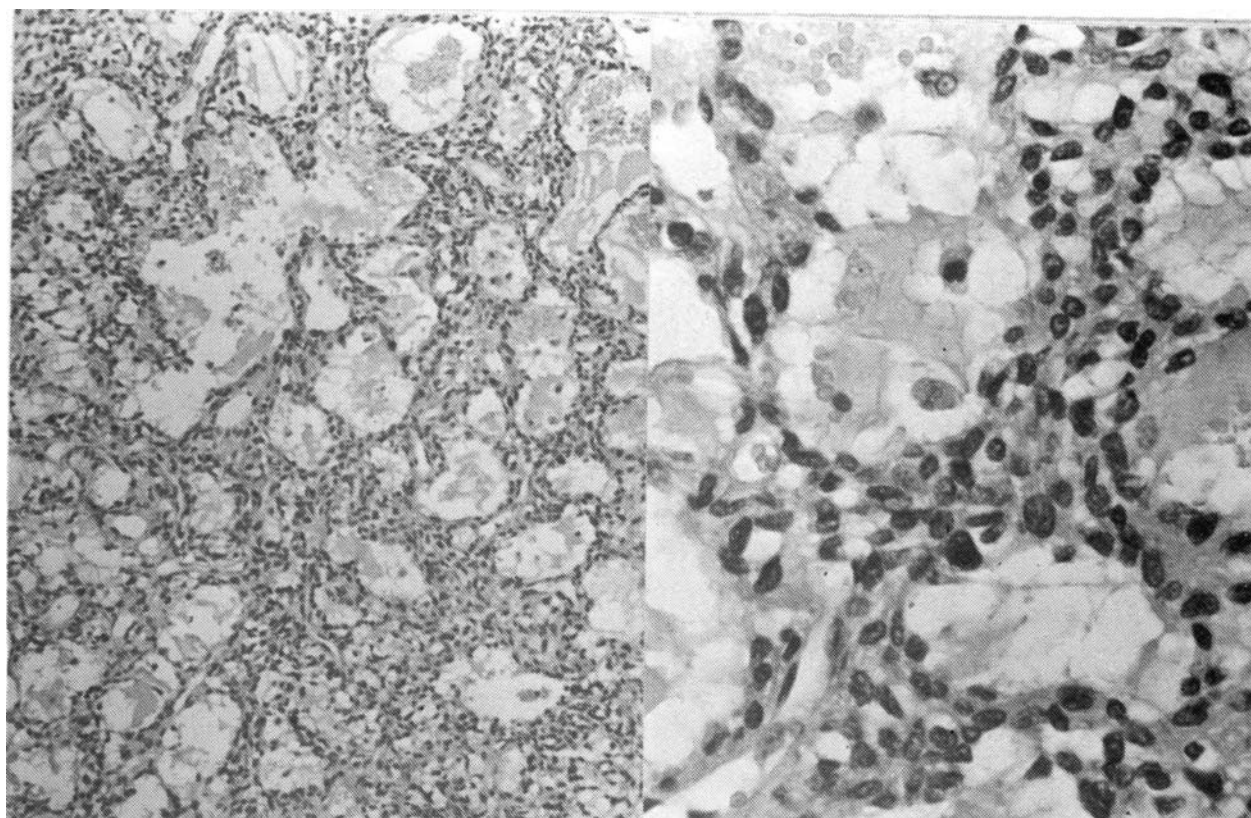
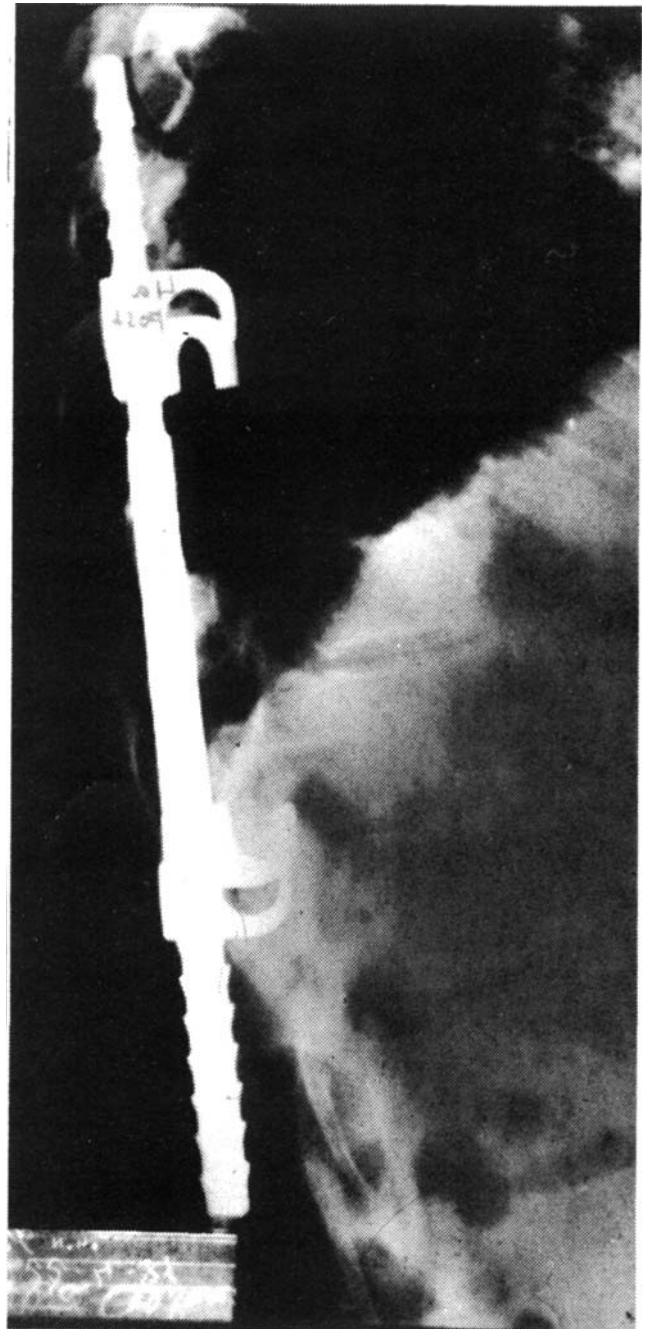
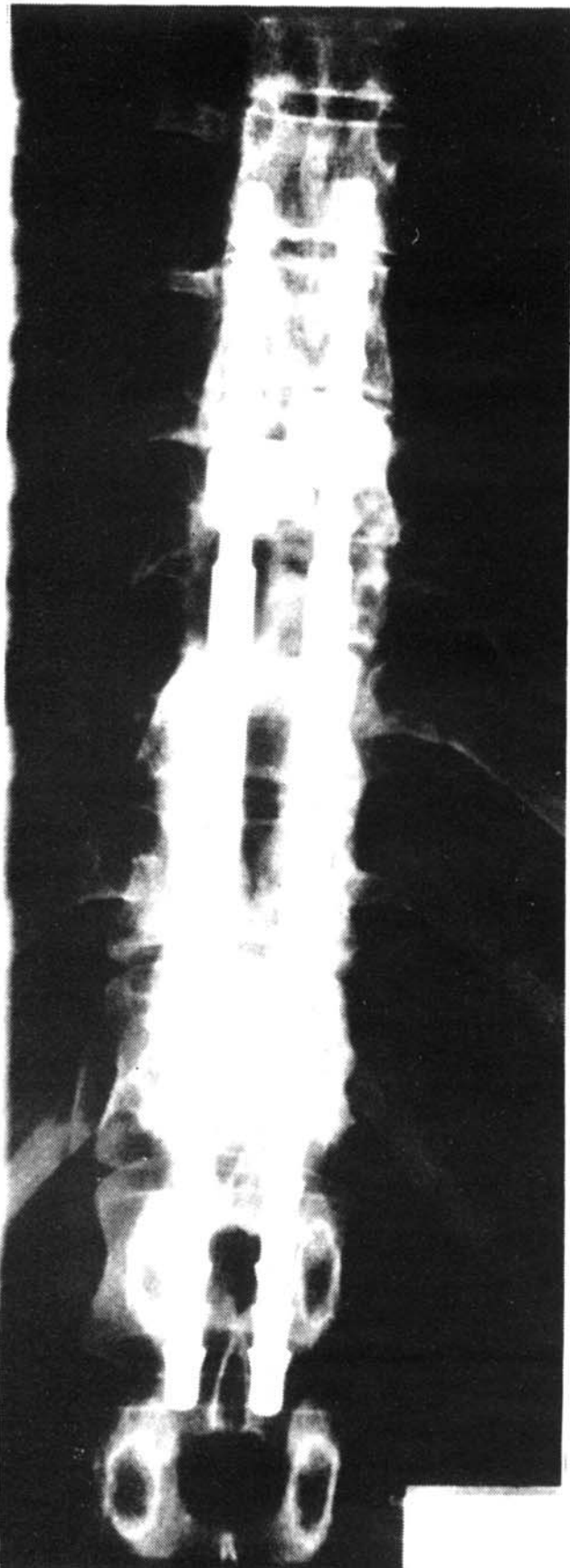


FIG. 5 b

FIG. 7



neurológica existe balance muscular adecuado 5/5, hiperreflexia patelar bilateral con aumento de la zona reflexógena, reflejos aquileos apagados, simétricos y reflejo cutáneo plantar indiferente bilateralmente.

La impresión final desde el punto de vista neurológico es de un discreto piramidismo bilateral como secuela de su lesión. El estudio radiográfico actual es superponible al del año postoperatorio (figs. 6 y 7).

FIG. 6

Resumen

Se presenta un caso de tumoración vertebral dorsal, histológicamente inclasificable, intervenido primero por vía posterior para descomprimir paraplejía de instauración brusca y en un segundo tiempo, dada la

duda histológica y su localización, se aborda por vía anterior, practicando la resección y artrodesis intersomática.

Se incluye el seguimiento de esta paciente durante cuatro años, al cabo de los cuales hace vida normal, con recuperación de su lesión neurológica.

BIBLIOGRAFIA

- BAILEY, P., CUSHING, H. and EISENHARDT, L. (1928): «Angioblastic meningioma». *Arch. Path.*, 6, 953-990.
- DAHLIN, D. G. (1969): *Tumores óseos*. Editorial Española. Barcelona. Pág. 96.
- HARLAN, J. S.; HOWARD, D. D., FECHNER, R. E. and ACKERMAN, L. V. (1971): *Tumors of bone and cartilage*. A. F. I. D. Washington DC pág. 340.
- KRUSE, F. (1961): Hemangiopericytoma of the meninges (angioblastic meningioma of Cushing and Eisenhardt) Clinicopathologic aspects and follow-up studies in 8 cases. *Neurology*, 11, 771-777.
- MARCIAL ROJAS, R. A. (1960): Primary hemangiopericytoma of bone. Review of the literature and report of the first case with metastases. *Cancer*, 13, 308-311.
- SANERKIN, N. G. and WOODS (1979): Fibrosarcomata and malignant fibrous histiocytoma arising in relation to enchondromata. *J. of Bone and Joint Surg.*, 61 B, 366-372.