

**Presentación de caso**

**OSTEOCONDROMA DORSAL SOLITARIO:  
UNA CAUSA INUSUAL DE COMPRESIÓN MEDULAR**

**Pablo Jalón, Jorge Holguín, Álvaro Campero,  
Santiago González Abbati, Juan José Mezzadri, Antonio Carrizo**

*Sección de Cirugía de Columna, División de Neurocirugía, Hospital de Clínicas "José de San Martín", Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.*

---

**RESUMEN**

**Objetivo.** Describir un nuevo caso de osteocondroma dorsal solitario con compresión medular.

**Descripción.** Una mujer de 19 años, consultó por compromiso progresivo de la marcha y parestesias en miembros inferiores. Al examen neurológico presentó una paraparesia moderada, con un síndrome piramidal y un nivel sensitivo en T5. En las imágenes por resonancia magnética (IRM) se observó una lesión extradural, de bordes netos, con compromiso de la porción derecha del canal, a nivel de T4, con mínima captación de contraste.

**Intervención.** Se realizó una laminectomía de T4 con resección total de una lesión extradural, de consistencia osteocartilaginosa, con un plano de disección bien definido. Presentó una buena evolución postoperatoria, revirtiendo el cuadro, sin signos de recurrencia luego de un año de seguimiento.

**Conclusión.** En el caso descrito las IRM fueron útiles para ubicar el nivel de la lesión y definir la táctica quirúrgica. Una resección quirúrgica exitosa fue posible, obteniendo un excelente resultado clínico con poca posibilidad de recurrencia.

**Palabras clave:** compresión medular, osteocondroma, tumor espinal.

**INTRODUCCIÓN**

El osteocondroma es un tumor osteocartilaginoso benigno. Aunque es el tumor óseo más frecuente, el compromiso espinal es raro. Menos del 3% de los osteocondromas comprometen la columna vertebral y es excepcional la sintomatología neurológica.

Se han reportado menos de 50 casos en la literatura mundial<sup>1</sup>, en el 56% el compromiso fue cervical, en el 38% fue torácico (28% T8 y 17% T4) y 6% lumbar<sup>2</sup>.

El objetivo de esta comunicación es describir y analizar un nuevo caso de osteocondroma dorsal-solitario con compresión medular.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Una mujer de 19 años, sin antecedentes personales ni familiares patológicos significativos, comenzó con compromiso progresivo de la marcha y parestesias en miembros inferiores, de cuatro meses de evolución antes de la internación.

Al examen neurológico presentaba una paraparesia moderada, a predominio derecho, con un síndrome piramidal y un nivel sensitivo en T5.

En las imágenes por resonancia magnética (IRM) se evidenció una lesión redondeada, extramedular, que comprometía la porción derecha del canal, en relación con la lámina del cuarto cuerpo dorsal, desplazando el saco dural en forma anteroizquierda (Fig. 1). La misma era heterogénea, espontáneamente isointensa en T1 y T2, con mínimo refuerzo a la inyección de contraste endovenoso, rodeada de una fina capa hiperintensa (Figs. 2 y 3).

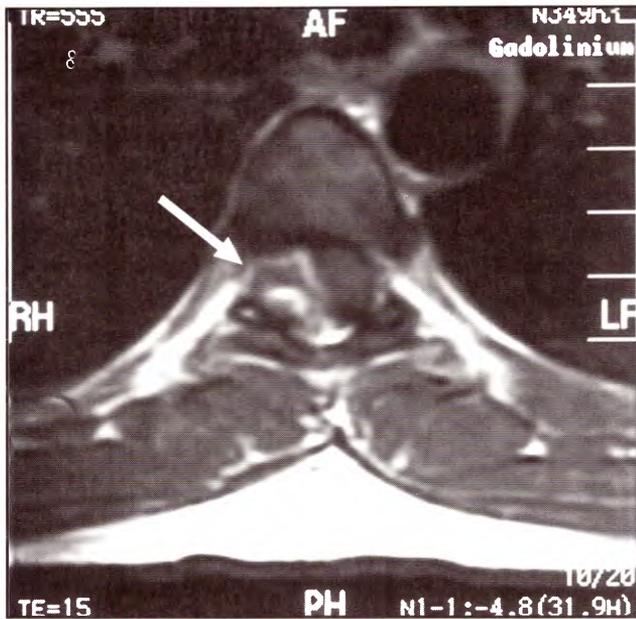


Fig. 1. IRM axial ponderada en T1 con gadolinio que muestra una imagen redondeada con hiperintensidad periférica y central - imagen de blanco (flecha) en relación con la hemilámina derecha, desplazando el saco dural a izquierda y anterior. Mínimo refuerzo.



Fig. 2. IRM sagital ponderada en T1 sin (A) y con (B) gadolinio que muestra una imagen intraespinal redondeada con una hiperintensidad espontánea a nivel periférico y central. Mínimo refuerzo a la inyección del contraste.

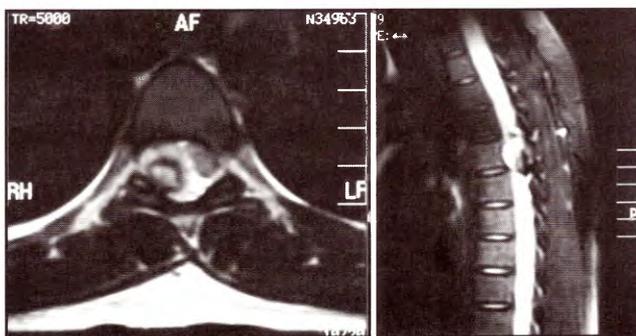


Fig. 3. IRM axial (A) y sagital (B) ponderada en T2 que muestra una imagen redondeada intraespinal hiperintensa en su centro y periferia.

Se realizó una laminectomía de T4 con resección total de una masa ósea, con cubierta cartilaginosa, originada a nivel de la lámina (Fig, 4).

Presentó una buena evolución postoperatoria, revirtiendo el cuadro, y sin signos de recurrencia luego de un año de seguimiento.



Fig. 4. IRM sagital ponderada en T2 que muestra el control postoperatorio.

### DISCUSIÓN

Los osteocondromas son tumores óseos benignos frecuentes. Se originan a partir del periostio y crecen progresivamente por osificación endocondral de la capa de cartilago 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<sup>3</sup>.

Más del 50% de los osteocondromas ocurren en pacientes menores de 20 años. Usualmente el crecimiento de los mismos se relaciona con el desarrollo óseo, comenzando en la niñez temprana, hasta la pubertad. Rara vez son sintomáticos antes de la adolescencia, siendo más frecuente entre la segunda y tercera décadas. No hay diferencia entre sexos en la forma solitaria, mientras que en las formas múltiples hay una clara preponderancia masculina<sup>3</sup>. Este caso coincidiría con los datos expuestos.

A nivel espinal, lo más común es el origen a partir de los pedículos, láminas o apófisis espino-sa, pero hay reportes de lesiones originadas a partir de los cuerpos vertebrales<sup>2</sup>.

La malignización es rara, reportándose del 1 al 5% en las lesiones solitarias y un 10 al 20% en las hereditarias<sup>4</sup>, generalmente con degeneración sarcomatosa<sup>5</sup>. Un rápido incremento en el tamaño de la lesión, la recurrencia luego de una exéresis, el crecimiento luego de la maduración esquelética, o una capa cartilaginosa mayor de 3 cm<sup>4</sup> deben hacernos sospechar este fenómeno.

Otro desorden familiar importante de diagnosticar es el Síndrome de Gardner<sup>3</sup>, cuadro caracte-

rizado por adenomas papilares colónicos, hamartomas múltiples, y osteomas u osteocondromas. Los adenomas colónicos tienen alta probabilidad de malignización.

Las IRM son de gran utilidad mostrando característicamente una lesión intraespinal, con una capa periférica hiperintensa de grosor variable, correspondiente al cartilago en osificación. Presenta un centro isohiperintenso con el hueso vertebral, dándole el aspecto de "blanco", con escaso o nulo refuerzo a la inyección de gadolinio<sup>2</sup>. La tomografía axial computada (TAC) permite mejor visualización de la estructura ósea del tumor, mostrando la relación con la vértebra y el grado de compromiso. Es según algunos autores el estudio de elección<sup>3</sup>. En este caso no se realizó la TAC por considerar que las IRM fueron suficientes para definir la táctica quirúrgica.

La exéresis quirúrgica completa mediante una laminectomía es el tratamiento de elección para los osteocondromas espinales. Son tumores radiorresistentes. Se reporta una tendencia a la no recurrencia, con buen pronóstico neurológico, aún cuando la exéresis no sea completa<sup>3,6,7</sup>.

## CONCLUSIÓN

En el caso descrito las IRM fueron útiles para ubicar el nivel de la lesión y definir la táctica quirúrgica. La resección quirúrgica fue posible, obteniéndose un excelente resultado clínico-quirúrgico sin recurrencia al año de seguimiento.

## 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 syndrome. *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.

## ABSTRACT

**Objective:** To describe a new case of solitary dorsal osteochondroma with spinal cord compression.

**Description:** A 19-year-old female was admitted with a progressive paraparesis and lower extremities pares-

thesias. The neurological examination showed a moderate spastic paraparesis and a sensitive level at T5. The MRI showed an extradural mass that compromised the right portion of the spinal canal with spinal cord compres-

sion at T4 level, and minimal contrast enhancement.

**Intervention:** A T4 laminectomy with total resection of the lesion was performed. The outcome was good, with neurological improvement and without signs of recurrence after one year of follow up.

**Conclusion:** In the case described the MRI was useful

to localize the lesion and to define the surgical approach. A successful surgical resection was possible, with an excellent outcome and no recurrence after one year of follow-up.

**Key Words:** osteochondroma, spinal cord compression, spinal tumor.

### COMENTARIO

Cabe destacar que la patología (osteochondroma o condroma) en cuestión, tal como lo anuncian los autores, es de baja incidencia y se trata de una variable no sujeta a la herencia de la "osteochondromatosis múltiple".

Es una lesión tumoral ósea benigna frecuente en patología ortopédica (entre 30 y 40% de los tumores óseos), ya que es frecuente en sitio de crecimiento de huesos largos, por lo cual también está asociada a pacientes jóvenes.

En raquis, su mayor incidencia se observa a nivel de la columna cervical, siendo posible de desarrollarse a nivel de la articulación de las masas laterales del atlas con el cóndilo del occipital.

Ante la presencia de una compresión medular, extramedular, deben evaluarse todos los diagnósticos diferenciales de las patologías compresivas extramedulares, extrusiones discuales, neurinomas, meningiomas, quistes aracnoidales (Tarlov), abscesos y parasitosis.

Las imágenes son de valor, pero no concluyentes, teniendo en cuenta que se trata de una excreción ósea cubierta por cartílago, la información suministrada por la tomografía computada es de valor, conjuntamente con la resonancia magnética, la cual nos informa el grado de compresión. Debe evaluarse la posibilidad de esta patología toda vez que se presente un tumor extramedular que tiene su asiento a nivel del arco superior.

En relación a la terapéutica, debe ser quirúrgica, limitándose en lo posible a la hemilaminectomía o laminectomía segmentaria a fin de evitar la desestabilización de la columna.

Considero que el aporte es útil debido a lo poco frecuente de la patología presentada.

Alberto L. Gidekel  
Hospital Argerich