

Reporte de un Caso Clínico

Condroma de la Columna Torácica

ROCHA-MAGUEY J¹, SÁNCHEZ-HERNÁNDEZ D², VILLARREAL-CAREAGA J³,
CORTEZ-HERNÁNDEZ JA⁴, CABRERA-LÓPEZ M⁵

RESUMEN CLÍNICO

Mujer de 37 años de edad experimentó debilidad progresiva bilateral y parestesias de las extremidades inferiores, disfunción del esfínter urinario.

Examen físico: Confirmó un síndrome de mielopático transversal con nivel T5-T6 incompleto. Las imágenes por resonancia magnética (MR) revelan una lesión multilobulada que comprime a la médula espinal en el nivel de T6, se extiende lateralmente a la cavidad pleural derecha, destruye los pedículos vertebrales y los procesos articulares. Era evidente un reforzamiento moderado periférico (Figura 1).

La biopsia guiada por tomografía axial reveló un origen cartilaginoso. Se intervino quirúrgicamente realizando abordaje por vía posterior con una costotransversectomía de T6 lo que permitió una resección completa de las porciones espinal y pleural de una lesión tumoral moderadamente rígida formada de un material gelatinoso y grumoso encapsulado por una vaina fibrosa bien definida (Figura 2). La evaluación microscópica confirmó un componente cartilaginoso benigno completo, con una base de tejido hialino y cambios mixoides entre mezclados (Figura 2).

Los tumores con elementos cartilaginosos puros rara vez afectan al canal medular. En general, los tumores derivados de cartilago representan el 2% de los tumores espi-



Figura 1. A. Resonancia magnética con corte sagital a nivel torácico T5-T6 con una lesión hipointensa que destruye los agujeros de conjunción. B. Proyección axial con reforzamiento periférico después del contraste intravenoso demuestra lesión extradural multilobulada que destruye las articulaciones y erosiona la porción basal del pedículo derecho. C. El corte coronal demuestra la compresión del cordón medular y confirma la destrucción total del pedículo derecho.

^{1,2}Médico neurocirujano adscrito al Departamento de Neurocirugía del Hospital General de Culiacán, ³Médico neurocirujano y jefe del Departamento de Investigación del Hospital General de Culiacán, ⁴ Jefe del Departamento de Patología del Hospital General de Culiacán, ⁵ Médico patólogo adscrito al Departamento de Patología del Hospital General de Culiacán.

Enviar correspondencia, observaciones y sugerencias al Dr. Jesús Rocha Maguey, al Blvd. Alfonso G. Calderón Velarde 2193-A, interior 402 Desarrollo Urbano Tres Ríos, 80020 Culiacán, Sinaloa, México, teléfono (667)7 58 79 21, Fax 52(667) 7 58 79 22, correo electrónico: jesusrocha00@yahoo.com.mx.

Artículo recibido el 29 de octubre del 2009.

Artículo aceptado para publicación el 9 de noviembre del 2009.

Este artículo puede ser consultado en Imbimed, Latindex, Periódica y www.hgculiacan.com

nales benignos. Patológicamente, ellos pueden clasificarse como condromas, osteocondromas, condroblastomas y fibroma condromixoide.¹ Su ubicación es variable, pero la localización lumbar y el compromiso del segmento cervical han sido previamente descritos.² A nuestro saber, este es el quinto caso que afecta el segmento torácico reportado en literatura médica.^{1,3} Ninguno de los casos anteriores ha tenido extensión extra-espinal como sucedió en nuestro caso. Por el grado de destrucción observada en este paciente, proponemos al proceso articular o al cartílago costal

como los sitios más viables para su posible origen. La IRM es útil para el diagnóstico. Nuestro caso se diagnosticó en primer lugar como neurofibroma, por lo tanto la sugerencia de realizar una biopsia con aguja guiada por TC o fluoroscopia antes de la cirugía puede garantizar diagnóstico preoperatorio. La resección total de la lesión es curativa. Los condromas pueden predisponer a transformación maligna como condrosarcomas, por lo tanto, el examen microscópico de toda la pieza patológica es obligatorio para descartar malignidad.

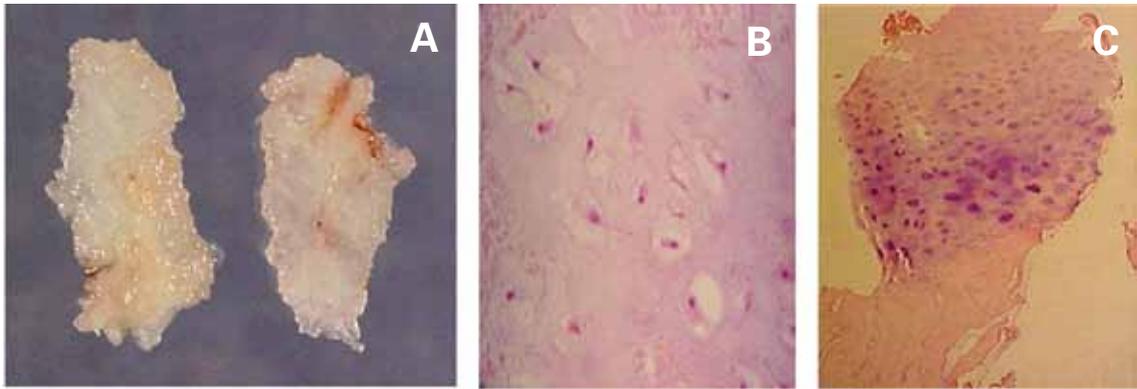


Figura 2. **A.** Fotografía digital de la pieza quirúrgica que demuestra extracción total y el origen cartilaginoso benigno. **B.** Microfotografía digital demuestra un condroma con fondo con cambios hialino y mixoide, se pueden observar algunas células con núcleos pequeños. **C.** Se aprecia claramente la zona de transición entre hueso y cartílago.

Referencias

1. Morard M, De Tribolet N, Janzer RC: Chondroma of the spine: report of two cases and review of the literature. *Br J Neurosurg* 1993; 7(5): 551.
2. Baudrillard JC, Lerais JM, Rousseaux P, Scherpereel B, Dorwling-Carter, Pluot M, et alB: Dorsal spinal cord compression caused by vertebral subperiosteal chondroma. A propos of 2 cases. *J Radiol* 1987;68(8-9): 527-31.
3. Gaetani P, Tancioni F, Merlo P, Villani L, Spanu G, Baena RR: Spinal chondroma of the lumbar tract: case report. *Surg Neurol* 1996; 46(6): 534-9.