

MANEJO TUMOR VERTEBRAL DE ORIGEN DESCONOCIDO.

A PROPÓSITO DE UN CASO

F. J. Molina Martínez; L. Segura García; D. Rovira Martínez; J.V. Ramírez Villaescusa; P. Torres Lozano

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, CHUA

Introducción y objetivos: Presentamos un caso clínico, mujer 62 años, sin antecedentes de interés, remitida a consulta por referir dolor torácico de semanas de evolución. El objetivo es presentar el manejo de un tumor vertebral de origen desconocido, aunque en ocasiones es demasiado tarde.

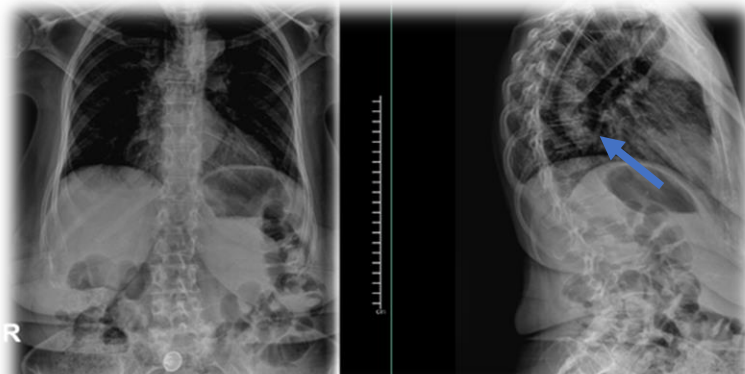


Figura 1: Radiografía AP y Lateral fractura acúñamiento vértebra T7

Material y Métodos: A la exploración apofisalgia en columna media torácica. Maniobras elongación ciática negativas. No déficit sensitivo-motor en miembros inferiores. Fuerza muscular 5/5. No afectación de esfínteres.

En la radiografía simple se observa pérdida de altura de cuerpo vertebral de T7 (1). El estudio TC muestra masa de partes blandas que invade canal medular en más del 50%. En RM se aprecia aplastamiento del cuerpo vertebral de T7 con pérdida de altura del 90% que condiciona cifosis torácica y masa de partes blandas (Grado 3 de Bilsky) sin signos de mielopatía y escala SINS 13 (2). En analítica no presenta criterios CRAB para mieloma múltiple, así como ausencia de paraproteína ni proteinuria de Bence-Jones en orina de 24 horas.

Figura 2: RMN: Masa partes blandas que invade 70% canal medular. Grado 3 Bilsky

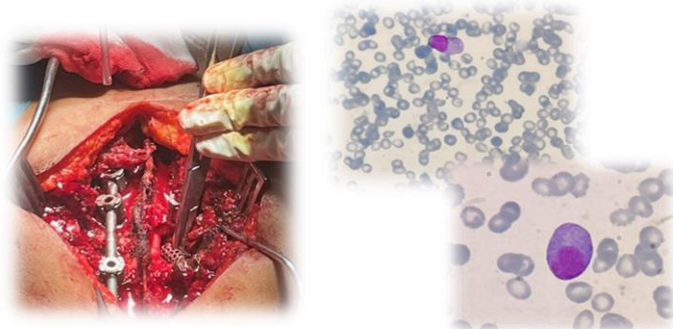
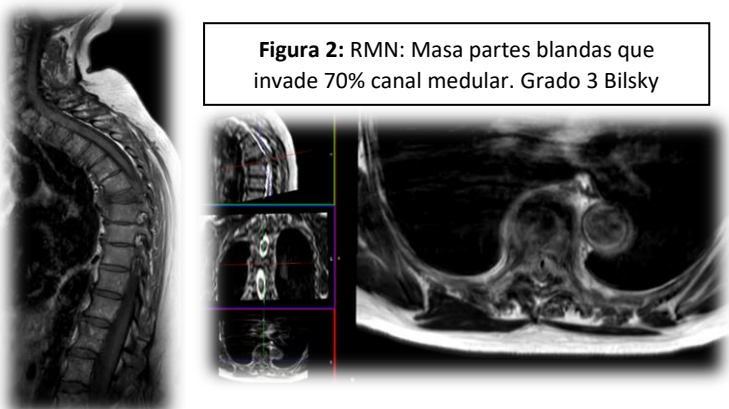


Figura 3: Colocación de malla de titanio intraoperatoria e infiltrado de células plasmática en médula ósea

Resultados: En ausencia de diagnóstico de la lesión (biopsia), la paciente comienza con clínica neurológica e imposibilidad para la deambulación.

Debido a la progresión neurológica se interviene quirúrgicamente con monitorización de potenciales, realizándose por **vía posterior instrumentación con tornillos pediculares T4-T10 excepto a nivel T7**, donde se realiza **descompresión medular con corporectomía por vía transpedicular mediante costotransversectomía izquierda y colocación de malla de titanio (3,4).**

A las 6 semanas postoperatorias, se observa mejoría clínica neurológica. El estudio histológico confirma el diagnóstico de neoplasia de células plasmáticas con restricción de cadenas ligeras Lambda. En ausencia de otras lesiones el diagnóstico sería compatible con **plasmocitoma óseo solitario**.

A los 5 meses postoperatorios acude a Urgencias por presentar criterios CRAB para **mieloma múltiple**, por lo que comienza con tratamiento quimioterápico con ciclos DaraVTD con buena evolución al año de la intervención quirúrgica y posibilidad para deambulación sin ayudas externas.

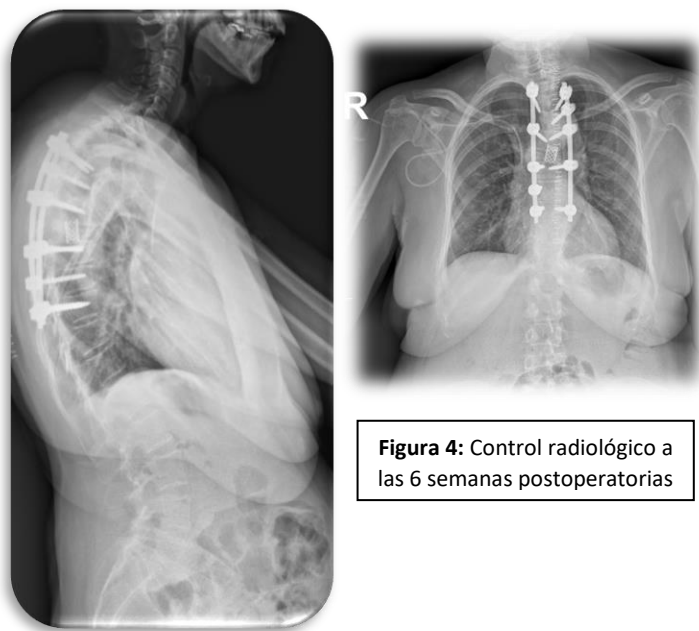


Figura 4: Control radiológico a las 6 semanas postoperatorias

Conclusiones: El plasmocitoma óseo solitario es una gammapatía monoclonal infrecuente que debe sospecharse ante la presencia de un dolor óseo de localización axial sin antecedentes de trauma. Su principal diagnóstico diferencial es el mieloma múltiple, el cual en ocasiones constituye el resultado final de su evolución.

En pacientes con lesión neurológica o con inestabilidad vertebral (SINS > 12), se debe realizar un tratamiento quirúrgico mediante descompresión y estabilización. La vía posterior con descompresión transpedicular por costotransversectomía permite una descompresión adecuada evitando la morbilidad del abordaje anterior.

