



Neurocirugía



<https://www.revistaneurocirugia.com>

C0513 - ANGIOLIPOMA DORSAL EPIDURAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

A. Brownrigg-Gleeson Martínez, D. Pascual Argente, M. Jaramillo Pimienta, D.Á. Arandia Guzmán, J.C. Roa Montes de Oca, L. Torres Carretero, A. García Martín y A.D. Miranda Zambrano

Complejo Asistencial Universitario, Salamanca, España.

Resumen

Objetivos: Presentamos el caso de una lesión intrarraquídea extradural a nivel D11-D12, con ocupación parcial del canal raquídeo e impronta posterior.

Métodos: Mujer de 51 años sin antecedentes médicos de interés con cuadro clínico de lumbalgia recidivante de meses de evolución con irradiación a región trocantérea y glútea derecha, que no remite con tratamiento médico. Se realiza RMN dorsolumbar donde se evidencia una lesión de apariencia extradural a nivel D11-D12, de localización posterior a la médula espinal y que realza tras administración de contraste. Se lleva a cabo bajo anestesia general laminectomía D11-D12 y exéresis macroscópicamente completa de la lesión epidural.

Resultados: Tras la cirugía la evolución de la paciente es muy favorable, con desaparición completa de la clínica objetivada. El diagnóstico anatomopatológico es angioliopoma.

Conclusiones: La primera descripción macroscópica de un angioliopoma data del año 1890, no siendo hasta el año 1986 cuando recibe de forma histológica dicho nombre, habiéndose descrito en la literatura hasta la fecha menos de 200 casos. Comprende el 1% de todos los tumores raquídeos y un 3% de los tumores extradurales. Se trata de un tumor de carácter benigno, generalmente de localización dorsal posterior y de pronóstico excelente. La clínica más habitual con la que se manifiesta es compresión medular. El gold standard para su diagnóstico es la RMN donde el tejido graso da lugar a señal alta, tanto en secuencias T1 como T2, con pérdida de señal en las secuencias de atenuación grasa (secuencias STIR y SPIR). El componente angiomatoso es hipointenso o isointenso respecto a la médula espinal en T1 e hiperintenso en T2, con intenso realce tras la administración de contraste. Histológicamente se compone de tejido adipomatoso maduro y vasos sanguíneos. El tratamiento de elección es resección quirúrgica. Es una entidad a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de masas intrarraquídeas extradurales.