



# Neurocirugía



<https://www.revistaneurocirugia.com>

## P-053 - SÍNDROME DE COMPRESIÓN MEDULAR POR OSTEOLASTOMA EPITELIOIDE. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

D.A. Arandia Guzmán, L. Torres Carretero, A. Otero Rodríguez, D. Pascual Argente, L. Ruiz Martín, J. Pérez Suárez, J.C. Roa Montes de Oca, R. Uriel Lavin, A. García Martín, A. Garrido Ruiz, D. Rodríguez Cedeño, L. Cid Mendes, A. Carpio Bojorque

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España.

### Resumen

**Introducción:** Los osteoblastomas son tumores óseos primarios; representan el 1% de los tumores óseos. El 40 y 55% afectan a la columna, representan el 10% de los tumores óseos espinales, muestran predilección por elementos posteriores. Se consideran benignos, algunos tienen crecimiento agresivo, estos tienen características de su contraparte convencional con más invasión local y capacidad de invadir hueso cortical. La tasa de recurrencia es del 10%, llega hasta el 50% en la variedad más agresiva. La transformación a osteosarcoma puede ocurrir inherente al tumor en sí, y asociado a radioterapia.

**Caso clínico:** Varón de 23 años con lumbalgia de 3 semanas de evolución irradiado hacia ingle, sensación de parestesias en extremidades inferiores. Fuerza y sensibilidad conservadas. Reflejos presentes disminuidos. Marcha en tándem dificultosa, dificultad para caminar por deformidad en pies tipo equinovaro y sensación de parestesias en ambos pies que dificulta la posición en puntillas y de talones. RM lumbosacra; LOE T10 con invasión de canal e importante efecto de masa. Se realizó laminectomía D10 más exéresis tumoral parcial y artrodesis D8-D9/D11-D12. Con el resultado del estudio anatomopatológico de la lesión (osteosarcoma vs. osteoblastoma agresivo), se realizó costotransversectomía y exéresis tumoral traspedicular D10, el análisis de la muestra determinó la presencia de osteoblastoma agresivo. El paciente presentó una evolución clínica favorable.

**Discusión:** La extirpación tumoral en bloque es preferible, se ha asociado a resultados favorables y bajo riesgo de recurrencia (0% respecto al 22,7% con legrado intralesional). La resección en bloque a menudo no es posible en los que se extienden hacia canal. La espondilectomía total en bloque descrita por Tomita presentan una alta morbilidad. Un enfoque menos agresivo tiene beneficios sobre esta, incluida una pérdida de sangre intraoperatoria inferior y menor tiempo quirúrgico, esta técnica puede lograr una resección y resolución de síntomas similares y evita los riesgos de una espondilectomía agresiva.