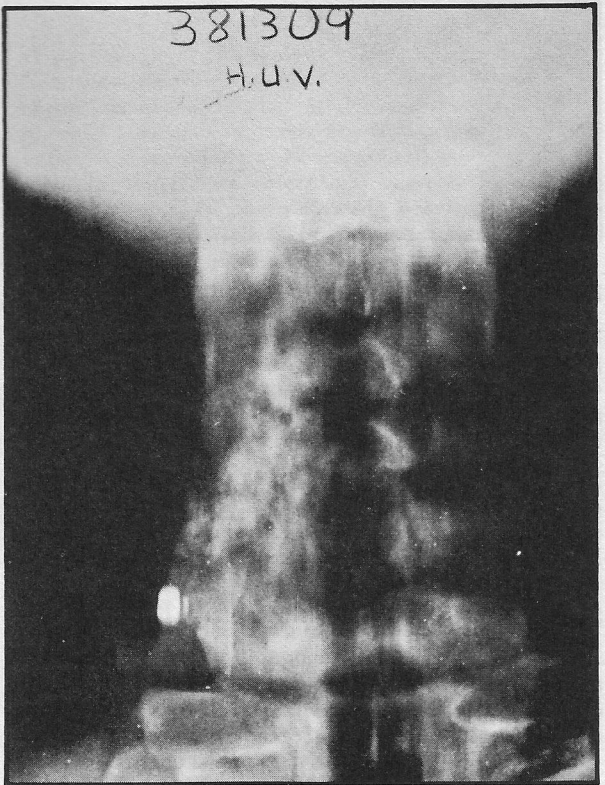
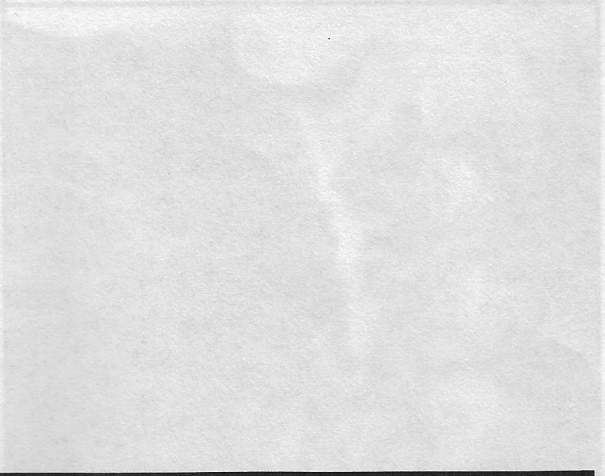
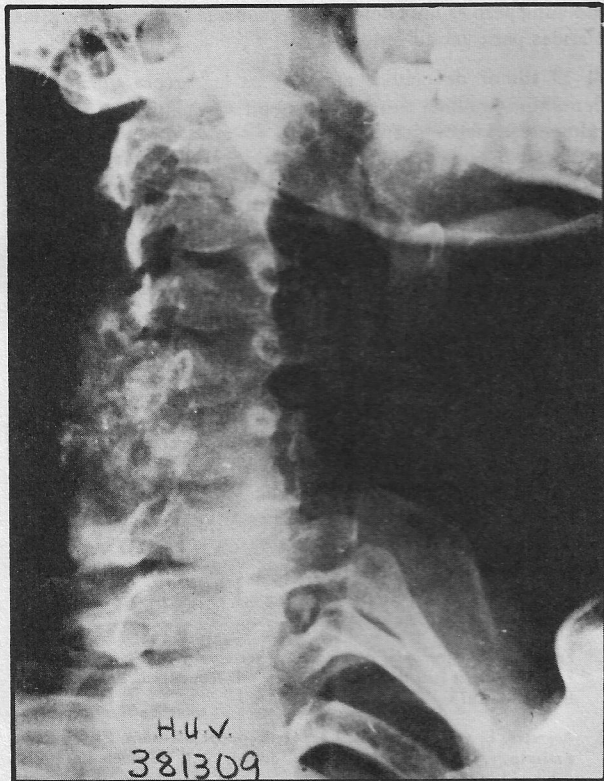


El tamaño del tumor se relaciona con el tiempo de evolución, pero no siempre es proporcional. En algunos casos se ha observado un crecimiento rápido, especialmente en la etapa de formación de hueso, con mayor frecuencia en la etapa de formación de hueso y en la etapa de formación de cartilago.

El caso radiológico

Carlos Chamorro-Mera M.D.¹
y Tito Javier Sánchez, M.D.²

El tumor de hueso es una neoplasia que puede ser benigna o maligna. En la mayoría de los casos se trata de un tumor benigno, pero en algunos casos puede ser maligno.



HAGA SU DIAGNOSTICO

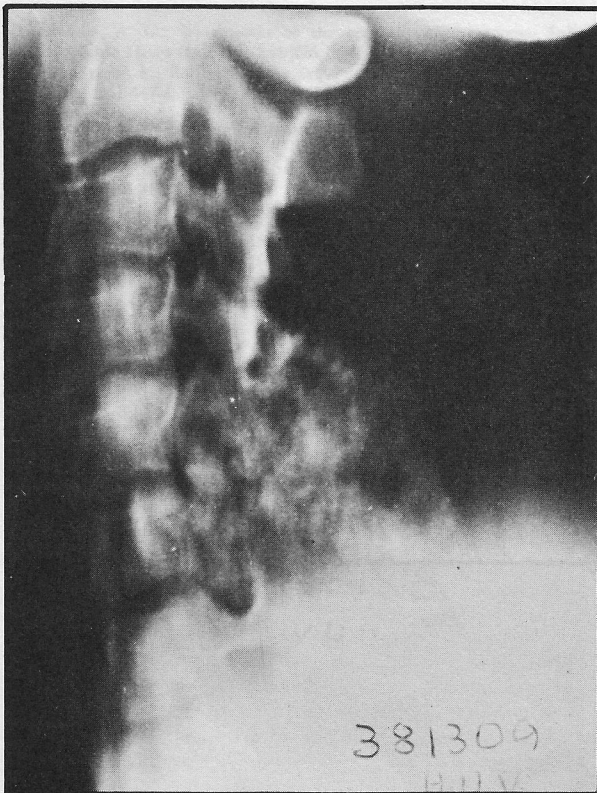
Historia clínica N° 381309. Mujer de 22 años, de raza negra, que desde 3 años atrás se quejaba de dolor casi continuo en el

lado derecho del cuello, también de parestesias en el miembro superior del mismo lado. El examen físico fue normal, excepto por dificultad en los movimientos del cuello.

POSIBILIDADES DIAGNOSTICAS

1. Profesor Titular, Sección de Radiología, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
2. Profesor Asistente, Jefe Sección de Radiología, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

- 1) Osteblastoma benigno
- 2) Quiste óseo aneurismático
- 3) Tumor de células gigantes



DESCRIPCION RADIOLOGICA

Se trata de una lesión ósea de la columna cervical que compromete las 4 últimas vértebras en sus arcos posteriores. Los cuerpos vertebrales son normales como se aprecia en la radiografía lateral; en esta placa también hay disminución de los agujeros intervertebrales III, IV y V.

El tumor está constituido por tejido óseo denso que alterna con zonas radiolucetas; sus contornos son muy nítidos y no hay signos de ruptura de la corteza, ni neoformación ósea en los tejidos blandos, ni signos de invasión a los mismos.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

1) El osteoblastoma es un tumor óseo benigno localizado con mayor frecuencia en la columna (40%) y en proporción considerable en la región cervical. Afecta con igual preferencia a hombres y mujeres en la segunda y tercera décadas de la vida. Su aspecto patológico es muy similar al osteoma osteoide por lo cual se denomina también osteoma osteoide gigante¹. Según Aegerter y Kirkpatrick² en 18 casos que lograron coleccionar, el sitio de mayor frecuencia fue el arco neural de la columna vertebral, aunque puede también comprometer el cuerpo de la vértebra. El dolor en estos tumores se parece mucho al que tienen los osteomas osteoideos por su aparición y por el alivio después de la ingestión de aspirina.

El tamaño del tumor es pequeño pero en algunos casos puede llegar hasta los 10 cm de diámetro. Microscópicamente se caracteriza por un aumento considerable de osteoblastos, mayor formación de hueso con aspecto irregular, notándose, además, abundante tejido fibroso y células gigantes.

Su aspecto radiológico se caracteriza por ser radiopaco o radiolúcido, expansivo; la escoliosis puede acompañar a este tumor cuando aparece en la columna vertebral. En los huesos largos hay esclerosis circundante de aspecto denso. Se presenta en fémur, tibia y húmero (30%); huesos de la cara, manos y pies (15%). En raras ocasiones puede ser múltiple y excepcionalmente se maligniza y recurre.

2) El quiste óseo aneurismático es un tumor benigno que es más frecuente en los huesos largos. A diferencia del osteoblastoma, es muy expansivo y por esta característica aunque se origine en una vértebra, puede envolver en su crecimiento cuerpos vertebrales vecinos por lo cual radiológicamente puede dar un aspecto falso de malignidad. Se presenta en niños y adultos jóvenes; su aspecto semeja una "esponja" por los tabiques óseos en el interior del tumor; la cortical está indemne pero es muy delgada. Se aconseja tomar radiografías blandas para ver su entorno.

3) El tumor de células gigantes es la tercera opción. Se denomina también tumor de las epífisis maduras pues generalmente aparece después de los 18 años. Es muy rara su localización en la columna vertebral. Según Hutter *et al.*⁴, de 76 tumores publicados no encontraron ni un solo caso en la columna, solamente 5 en el sacro. Se presenta en la rodilla (porciones distal del fémur y proximal de la tibia), y muñeca (parte distal del radio). En la columna vertebral afecta la parte posterior de la vértebra y el propio cuerpo vertebral. Es expansivo y en su crecimiento puede comprimir la médula.

Radiológicamente hay una zona de destrucción de límites imprecisos; no existe la esclerosis de otros tumores de crecimiento lento. En los huesos largos comienza en la metafisis y se extiende hacia la epífisis. Forma en la radiografía una imagen que se ha asimilado a "pompas de jabón" y usualmente no afecta el disco intervertebral.

DIAGNOSTICO FINAL

Osteoblastoma.

REFERENCIAS

- Epstein, B.S.: Afecciones de la columna vertebral y de la médula espinal. Pp. 448-462, in *Estudio radiológico y clínico*. 3a. ed., Editorial Jims, Barcelona, 1973.
- Aegerter, E. y Kirkpatrick Jr., J.A.: *Orthopedic diseases. Physiology, pathology, radiology*. Pp. 557-563, 3d. ed., W.B. Saunders Co. Philadelphia, London, Toronto, 1968.
- Resnick, D. y Niwiyama, G.: *Diagnosis of bone and joint disorders*. Pp. 2656-2659. 3th. ed., W.B. Saunders Co. Philadelphia, London, Toronto, 1981.
- Hutter, V.P., Worcester, J.N., Francis, K.G., Foote, F.W. y Stewart, F.W.: Benign and malignant giant cell tumors of bone. *Cancer* 15: 653-664, 1962.