

# Paresia de miembros inferiores de presentación subaguda

R. García Martínez de Bartolomé<sup>a</sup>, A. Nieto Sánchez<sup>b</sup>, A. Sánchez Calso<sup>a</sup>,  
M.<sup>a</sup>C. Antón Sanz<sup>a</sup> y J. Caso Peláez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>EAP Collado Villalba Estación. Área 6. Madrid.

<sup>b</sup>Servicio de Urgencias. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. España.

### CASO CLÍNICO

Niña de 12 años de edad, sin antecedentes patológicos de interés. Consultó por un cuadro de 10 días de evolución de dolor interescapular con irradiación esternal que no cedía con el reposo y analgesia con ibuprofeno. Se acompañaba de pérdida de fuerza en extremidades inferiores y dificultad para la deambulación.

En la exploración física se observaba una paresia de miembros inferiores con marcha en tijera, hipoestesia caudal desde la cuarta vértebra dorsal (D<sub>4</sub>), hiperreflexia tendinosa de miembros inferiores e imposibilidad para la dorsiflexión cervical.

Se realizó radiografía anteroposterior y lateral de columna cervicodorsal donde se aprecia destrucción de la cuarta vértebra torácica.

La TC mostró destrucción de D<sub>4</sub> (fig. 1).

La RM practicada mostró un proceso expansivo paravertebral derecho (fig. 2) en D<sub>4</sub> con invasión intrarraquídea que desplazaba la médula espinal hacia el lado derecho (fig. 3).

### PREGUNTAS

1. ¿Cuál es su diagnóstico sindrómico?
2. ¿Cuál es la etiología del proceso?



**Figura 1.** Radiografía anteroposterior de columna dorsal. Destrucción de D<sub>4</sub>.

**Correspondencia:** Dra. R. García Martínez de Bartolomé.  
Gral. Asensio Cabanillas, 3, 3º C. 28003 Madrid.  
Correo electrónico: ruthgarcia@teleline.es

Recibido en diciembre de 2002.

Aceptado para su publicación en diciembre de 2002.



**Figura 2.** RM. Proceso expansivo paravertebral derecho a nivel de D<sub>4</sub>.



**Figura 3.** RM. Destrucción de D<sub>4</sub>. Compresión medular por proceso expansivo.

## COMENTARIOS

El diagnóstico sindrómico de la paciente se correspondía con una compresión medular. El tumor vertebral se clasificó de quiste óseo aneurismático.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el quiste óseo aneurismático como una lesión osteolítica expansiva, constituida por lagunas de tamaño variable, rellenas de sangre, separadas por septos de tejido conjuntivo que a su vez contienen trabéculas de tejido osteoide y osteoclastos gigantes<sup>1</sup>.

Su incidencia se estima en 0,14 por 10<sup>5</sup> individuos. Es más frecuente en la segunda década de la vida con una proporción 2:1 a favor de las mujeres<sup>2,3</sup>. Constituye aproximadamente el 1% de todos los tumores óseos. Se puede encontrar como una lesión primaria o aparecer de forma secundaria sobre un hueso previamente lesionado<sup>2,3</sup>.

Asienta con mayor frecuencia en la metadiáfisis de huesos largos (50%): fémur, tibia, húmero, en especial de la extremidad inferior; pelvis (12%) y vértebras (12-30%). En estas últimas, puede afectar tanto al cuerpo vertebral como al arco posterior con extensión a la vértebra adyacente<sup>3,4</sup>.

Clínicamente pueden ser silentes. Los síntomas más frecuentes son inflamación y dolor.

En localizaciones espinales pueden ocasionar compresión radicular y déficit neurológicos<sup>3,4</sup>.

La radiología convencional reveló una lesión osteolítica que erosionaba la cortical y eleva el periostio. La TC mostró una cavidad quística con contenido líquido que se confirma con la RM. La angiografía pone de manifiesto una acumulación de contraste en la cavidad, sin aparición de vasos aferentes ni eferentes, lo cual confirma su independencia de la circulación sistémica<sup>2,3</sup>.

La evolución del quiste óseo aneurismático es variable: en ocasiones presenta una evolución agresiva, a veces tiene un crecimiento lento o regresa de forma espontánea.

No se han descrito casos de transformación sarcomatosa<sup>3</sup>. El tratamiento de elección es quirúrgico. Si la lesión es localizada, se realizará excisión en bloque con o sin injerto.

En otros casos puede procederse a curetaje e injerto, teniendo en cuenta que son lesiones muy sangrantes. En localizaciones quirúrgicamente inaccesibles (vértebras, pelvis), puede procederse a embolización asociada o no a cirugía posterior<sup>4,5</sup>. Se ha empleado un agente fibrosante en aquellas lesiones cuya intervención quirúrgica puede causar importante disfunción posterior<sup>6</sup>. La radioterapia se reserva para lesiones muy grandes de difícil abordaje y con riesgo de sangrado.

La paciente fue intervenida en dos tiempos: se realizó en una primera intervención la embolización del proceso expansivo y la extirpación de la masa tumoral.

En un segundo tiempo se procedió a la fijación posterior y anterolateral de la columna torácica.

La evolución de la niña fue favorable, y desaparecieron los síntomas neurológicos.

El riesgo de recurrencia se estima entre el 20 y el 25%.

## BIBLIOGRAFÍA

- Schajowicz F. Histological typing of bone tumors. World Health Organization International Histological Classification of Tumors. Berlin: Springer-Verlag, 1993;37.
- Leithner A, Windhager R, Lang S, Haas OA, Kainberger F, Kotz R. Aneurismal bone cyst. A population based epidemiologic study and literature review. Clin Orthop 1999;176-9.
- Capanna R, Campanacci DA, Manfrini M. Unicameral and aneurismal bone cysts. Orthop Clin North Am 1996;27:605-14.
- De Kleuver M, Van Der Jul RO, Veraart BE. Aneurysmal bone cyst of the spine: 31 cases and the importance of surgical approach. J Pediatr Orthop B 1998;7:286-92.
- Green JA, Bellemore MC, Marsden FW. Embolization in the treatment of aneurysmal bone cysts. J Pediatr Orthop 1997;17:440-3.
- Adamsbaum C, Kalifa G, Seringe R, Dubousset J. Direct Ethibloc injection in benign bone cysts: Preliminary report on four patients. Skeletal Radiol 1993;22:317-20.