

OSTEOCONDROMA EN VÉRTEBRA LUMBAR

Fernández Randulfe, M.; Oitabén Mariño, A.; Esmoris López, O.M.; López Dobarro, M.; López-Pardo Rico, A.
Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol Arquitecto Marcide

Objetivos

Describir un caso de osteocondroma en el arco posterior de L4 que ocasionaba compromiso foraminal, y por consiguiente, clínica radicular.

Material y metodología

Mujer de 46 años, que acude a su médico de cabecera por clínica de lumbociatalgia derecha crónica y sin datos de alarma, con episodios puntuales de agudización que ocasionan limitación funcional. A raíz de esto, se somete a una exploración radiográfica, que revela una masa dependiente del arco posterior derecho de L4. En vista de los hallazgos, se solicita un TC, y se remite a Traumatología.

Los hallazgos radiológicos son sugestivos de un osteocondroma, que produce una moderada estenosis del agujero de conjunción L4-L5 derecho, pudiendo afectar a ese nivel a la raíz L4. Correlacionando dichos hallazgos con la clínica de la paciente, se decide tratamiento quirúrgico.

De forma programada, mediante un abordaje posterior sobre línea media, se lleva a cabo una resección en bloque de la masa, objetivándose dependencia mayoritaria de la apófisis articular descendente de L4. Se realiza foraminotomía descompresiva, y se instrumenta el nivel L4-L5 mediante tornillos pediculares mas jaula intersomática. A mayores, se refuerza la artrodesis con un mix de injerto óseo liofilizado y autólogo a nivel intertransverso derecho e interlaminar contralateral.

Resultados

En la primera revisión a las 4 semanas, el control radiográfico es satisfactorio. La paciente deambula desde el día siguiente a la cirugía con ortesis tipo LSO no estricta, y no refiere clínica radicular.

Conclusiones

El osteocondroma es el tumor óseo primario más frecuente (en torno al 40% de los tumores óseos benignos, y al 20% de los tumores óseos en general). Su localización más habitual sería la zona metafisaria de huesos largos, aunque pueden aparecer en otros lugares, como en este caso.

Cuando aparecen como lesión aislada, su riesgo de malignización se estima en el 1%, por lo que no se recomienda su extirpación si no producen clínica. Sí estaría indicada en caso de producir síntomas compresivos (como en nuestra paciente), aumentar bruscamente de tamaño, o producir un incremento súbito y desproporcionado del dolor. Idealmente, se deben resear por su base de implantación e incluyendo toda la recubierta condral, ya que pueden recidivar.

Conflictos de intereses

No.

