

Resección quirúrgica de leiomioma óseo en T8 con compromiso aórtico. A propósito de un caso

Sergio Ruiz, Juan Dimas, Cristina Igualada, Edmundo Vicente, Javier Vaquero.
Unidad de Columna, Hospital General Universitario Gregorio Marañón



Hospital General Universitario
Gregorio Marañón

Comunidad de Madrid

OBJETIVOS

Pese a que el leiomioma raramente se localiza a nivel óseo, y menos aún, a nivel vertebral, debe incluirse en el diagnóstico diferencial de las masas vertebrales. El diagnóstico definitivo es inmunohistoquímico, mientras el pronóstico varía según la resecabilidad, las metástasis, los niveles de albúmina o ki-67. Se expone nuestra experiencia con el manejo quirúrgico de un caso con compromiso de la aorta descendente.

MATERIAL Y MÉTODO

Se describe el caso de un varón de 72 años derivado para estudio de masa paravertebral tras debut con dorsolumbalgia aguda. Como antecedentes destacan un carcinoma vesical y un melanoma en antebrazo, ambos en remisión.

Las pruebas de imagen evidencian una masa paravertebral izquierda agresiva con afectación ósea y foraminal en T8, próxima a aorta torácica descendente pero sin invasión. Secundariamente, presenta un nódulo pulmonar probablemente metastásico. El diagnóstico histológico es de leiomioma convencional.

Inicialmente, con radioterapia y posterior quimioterapia, sólo disminuye el nódulo pulmonar metastásico, persistiendo clínica y radiológicamente la masa paravertebral.

Dado el elevado riesgo neurovascular, se decide la resección completa quirúrgica en tres tiempos: primero, liberación posterior de T8 y artrodesis T6-T10; segundo, implante de endoprótesis vascular aórtica; y tercero, toracotomía izquierda con liberación anterior y corpectomía de T8 y resección del nódulo pulmonar.

RESULTADOS

Se demuestra anatomopatológicamente resección completa con márgenes libres. Asimismo, a los 6 meses, el paciente presenta dolor controlado con tramadol, sin complicaciones ni recurrencia tumoral.

DISCUSIÓN

El leiomioma es una neoplasia maligna raramente localizada a nivel óseo y menos aún, vertebral. No obstante, debe considerarse ante una masa vertebral

Limitados generalmente a un solo nivel con afectación posterior, suelen debutar clínicamente con dolor o alteraciones neurológicas

En el TC aparecen como masas con osteólisis y bordes mal definidos, mientras en la RM, como isointensas en T1 y T2, y realce homogéneo. Además, la inmunohistoquímica es determinante para el diagnóstico (positiva para actina y desmina, y negativa queratinas y S-100). El pronóstico varía según la resecabilidad, las metástasis y otros factores (niveles de albúmina o Ki-67).

Respecto al tratamiento, se recomienda la resección en bloque en pacientes candidatos. La radioterapia y la quimioterapia pueden reducir la sintomatología, pese a su poca radiosensibilidad y su controvertido uso postquirúrgico. No encontramos casos previos con necesidad de implante endoprótesis vascular aórtica.

CONCLUSIÓN

En pacientes candidatos, se recomienda la resección en bloque. La radioterapia y la quimioterapia pueden reducir la clínica, pese a su controvertido uso. En casos con compromiso vascular, se debe valorar el uso de implante protésico endovascular previa la resección.

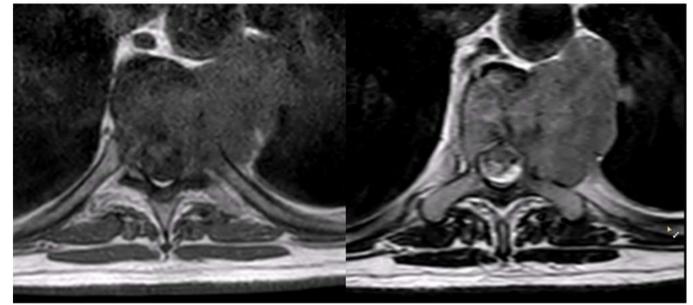


Imagen 1. Corte axial de RM potenciada en T1 y T2. Masa de partes blandas paravertebral izquierda de T8, con infiltración ósea de 59x53 mm con invasión de canal.

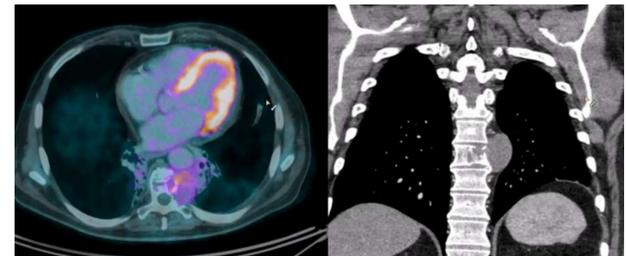


Imagen 2. A) Corte axial de reconstrucción de PET-TC tras radioquimioterapia, mostrando masa de partes blandas paravertebral izquierda en T8, con leve y difuso aumento de la actividad metabólica (indistinguible entre persistencia de actividad tumoral e inflamación postradioterapia). B) Corte coronal de TC en ventana ósea, mostrando dicha lesión paravertebral con infiltración y osteólisis.

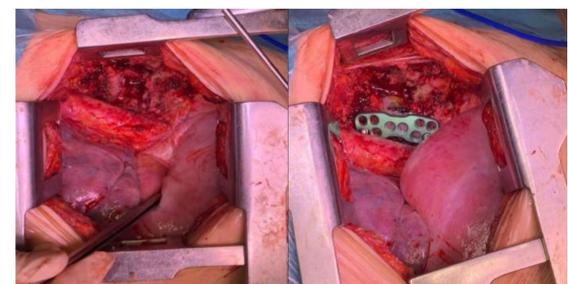


Imagen 3. Fotografías intraoperatorias tras toracotomía izquierda, viéndose pulmón (izquierda), diafragma (derecha) y aorta. Primera imagen, tras resección tumoral. Segunda, tras reconstrucción con caja y placa. Se empleó injerto y matriz ósea.



Imagen 4. Radiografía dorsolumbar lateral, tras un mes postquirúrgico, mostrando corpectomía con injerto óseo y adecuado posicionamiento de artrodesis dorsal. Endoprótesis aórtica.

BIBLIOGRAFÍA

1. He S, Xu Y, Li J, Zhang Y, Wei H, Xiao J. Leiomyogenic tumor of the spine: surgical treatments and long-term outcomes of 12 consecutive patients. *Journal of Neurosurgery: Spine* SPI [Internet]. 2020;32(1):89-97. Available from: <https://thejns.org/spine/view/journals/j-neurosurg-spine/32/1/article-p89.xml>
2. Sucu HK, Bezircioglu H, Rezanko T. Partial spondylectomy for primary leiomyosarcoma of C2 vertebra. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2011;36(21):E1422-6.
3. Zhang J, Chen Y, Xing X, Wang Q, Liu K, Zhang E, et al. Primary leiomyosarcoma of the spine: an analysis of imaging manifestations and clinicopathological findings. *Insights Imaging*. 2022;13(1):195.
4. Sasaguri T, Tanimoto A, Kimura S, Kohno Y, Hirasawa M, Matsuki Y, et al. Primary leiomyosarcoma of the vertebra: case report and review of the literature. *Pathol Int*. 2004;54(1):73-6.
5. Pluemvitayaporn T, Piyaskulkaew C, Kunakornsawat S, Pruttikul P. Primary leiomyosarcoma of the spine treated with total en bloc spondylectomy: the first case in Thailand—a case report and.