

# Resección quirúrgica de leiomiোসарcoma 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 leiomiосарcoma 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 leiomiосарcoma 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 leiomiосарcoma es una neoplasia maligna raramente localizada a nivel óseo y menos aún, vertebral. No obstante, debe considerarse ante una masa vertebral

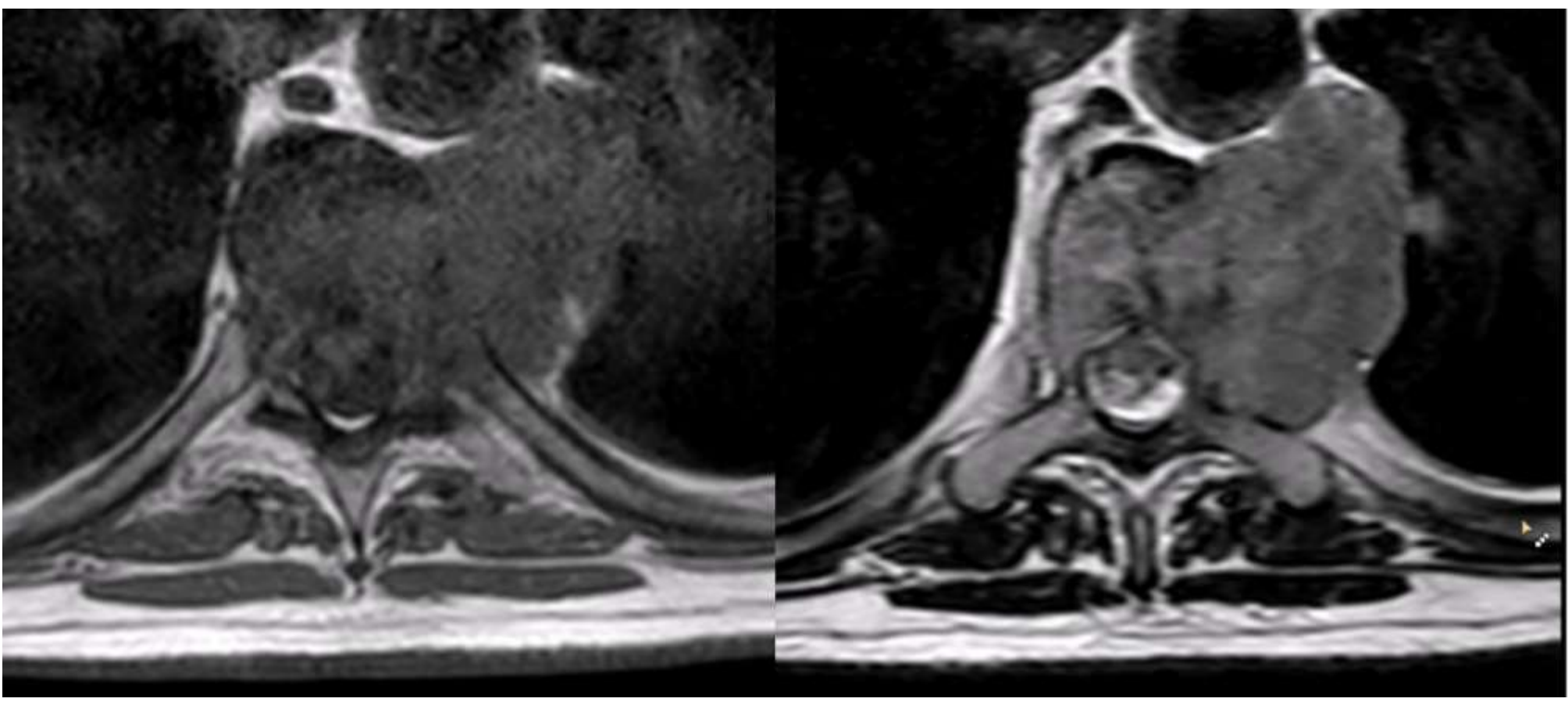
Limitados generalmente a un solo nivel con afectación posterior, suelen debutar clínicamente con dolor o alteraciones neurológicas

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).

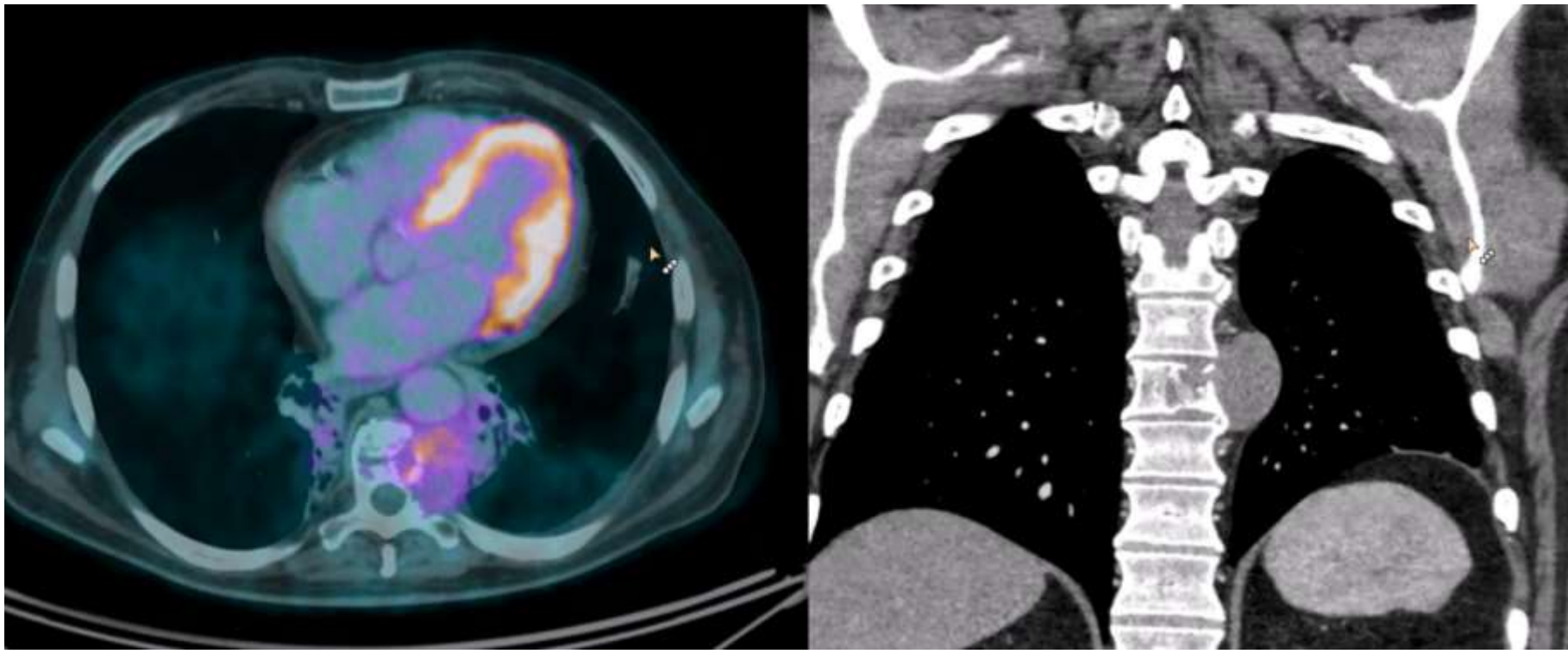
Respecto al tratamiento, se recomienda la resección en bloque en pacientes candidatos. La radioterapia y la quimioterapia pueden reducir la sintomatología, pese a su poca radiosensibilidad y su controvertido uso postquirúrgico. No encontramos casos previos con necesidad de implante endoprótesis vascular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

## CONCLUSIÓN

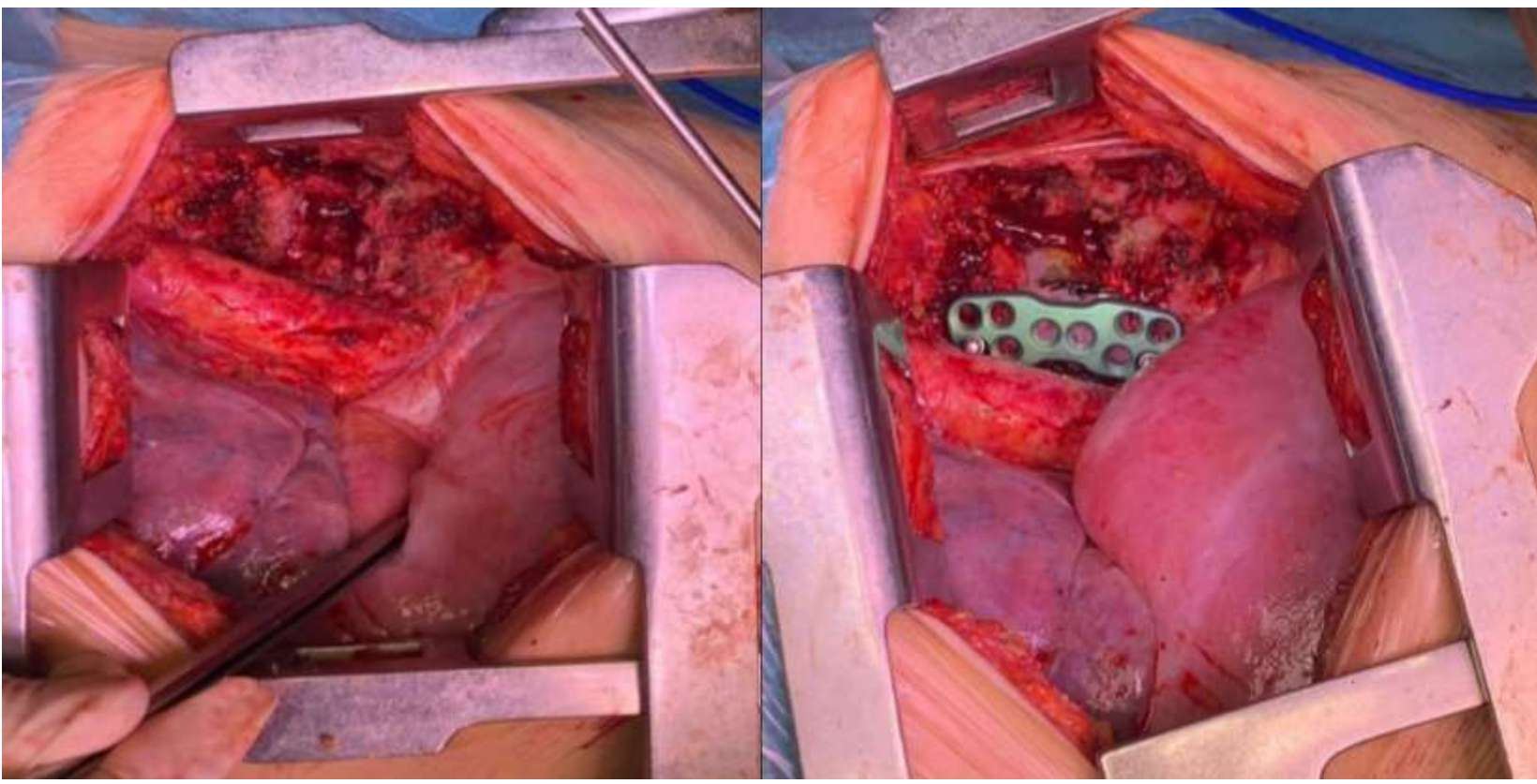
En pacientes candidatos, se recomienda la resección en bloque. La radioterapia y la quimioterapia pueden reducir la clínica, pese a su controvertido uso. En casos con compromiso vascular, se debe valorar el uso de implante protésico endovascular previa la resección.



**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.