

**PRESENTACION DE ENFERMOS, RADIOGRAFIAS E INSTRUMENTOS**

## **Necrosis aséptica de cadera Injerto vascularizado de peroné. Diez años de evolución**

Dr. SALOMON GLIKSTEIN\*

Paciente A.R., 42 años, sexo masculino, con antecedentes de alcoholismo crónico. El 1/6/81 se comprueba una necrosis aséptica bilateral de cabeza femoral.

El dolor y la impotencia funcional son más acentuados en el lado izquierdo. Radiográficamente tiene un grado III en el izquierdo y grado II en el derecho.

El 1/7/81 se opera siguiendo la técnica de Judet y Gilbert, utilizando un peroné vascularizado.

Se muestran los tiempos quirúrgicos respectivos.

Al año de evolución se advierten signos radiológicos de revascularización cefálica.

A diez años de observación la cadera izquierda es indolora, con 110 grados de flexión. En cambio, la cadera derecha llegó a un grado IV con marcado dolor e incapacidad, que motivó en julio de 1990 la colocación de una prótesis total no cementada.

Motiva la presentación la conservación de la integridad cefálica con articulación móvil e indolora a más de diez años de evolución de una necrosis grado III tratada con injerto vascularizado de peroné.

\* II Cátedra de Ortopedia y Traumatología, Policlínico Escuela de Granadero Baigorria, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Rosario.

## **Condroma extraesquelético intracanal de columna lumbar (Presentación de un caso)**

Dres. ELIGIO G. ORTOLAN, CARLOS SOLA, MARCELO F. GRUENBERG, MARIANO NOEL\*

Los condromas son tumores benignos constituidos por cartílago hialino. Generalmente son de

localización central y con menor frecuencia se los halla en el periostio del hueso. Cuando no existe relación entre el tumor y el hueso se los denomina condromas extraesqueléticos<sup>2</sup>.

Estos condromas de tejidos blandos se originan

\* Departamento de Cirugía Espinal, Hospital Italiano de Buenos Aires, Gascón 450, (1181) Capital Federal.

con mayor frecuencia en las extremidades<sup>4</sup>.

De acuerdo con nuestra información no existe ningún caso de condroma extraesquelético intracanal de columna lumbar publicado en la literatura mundial.

### PRESENTACION DEL CASO

S.P., paciente de 51 años, de sexo femenino, que presentaba desde hacía seis meses dolor de tipo irradiado en ambos muslos en forma alternada. No refería traumatismo o enfermedad reciente, y los análisis de sangre eran normales.

Al examen físico la columna mostraba una buena alineación, con rigidez parcial y dolor a la flexión. La maniobra de Wasserman resultó positiva en ambos miembros inferiores y se acompañaba de leve hiperreflexia rotuliana izquierda; los demás signos neurológicos eran normales.

El examen radiológico simple de la columna no mostró anomalías óseas.

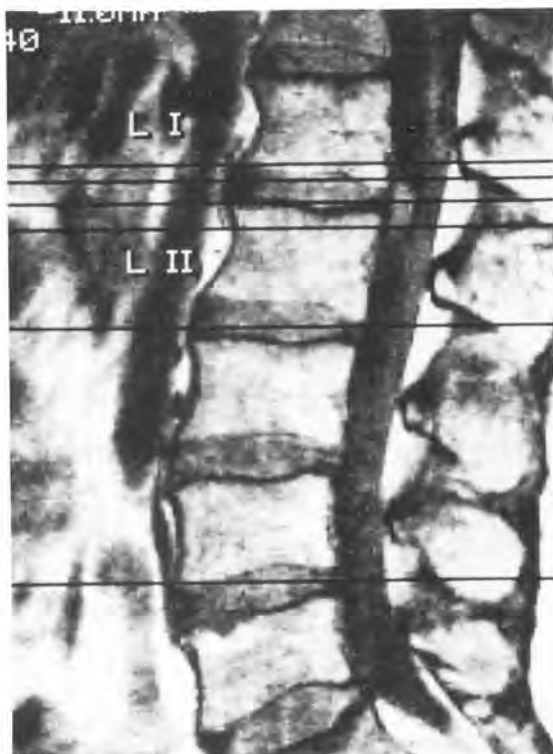


Fig. 1. Corte sagital a nivel L1-L2 ponderando T1. Se observa una masa redondeada extradural sin conexión con el hueso adyacente.



Fig. 2. Corte axial ponderando T1. Se observa una masa tumoral redondeada que desplaza el saco dural hacia posterior.

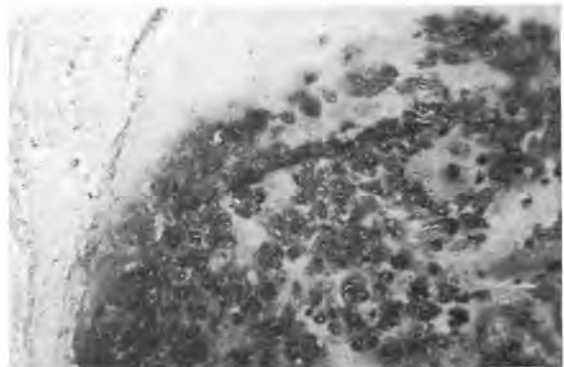


Fig. 3. Microfotografía de una sección del tumor constituida por cartílago hialino maduro que no muestra actividad mitótica ni células polinucleadas.

La resonancia magnética por imágenes de columna lumbar evidenció una masa extradural de forma ovalada a nivel L1-L2 de condensación similar a la de médula ósea adyacente. La masa desplazaba el saco dural produciendo una indentación en su cara anterior. No se observaron anomalías óseas ni discuales a ese nivel.

En agosto de 1990 se efectuó la resección quirúrgica a través de una laminotomía izquierda de L2. Se extirpó con facilidad un tumor encapsulado de consistencia dura y color blanquecino de 12 x 8 mm, de localización extradural que no presentaba adherencias a la duramadre, hallándose unido al ligamento longitudinal común posterior por dos finos pedículos.

El patólogo informó que se trataba de un con-

droma encapsulado sin signos de malignidad ni de conexión con el hueso.

La paciente fue vista por última vez diez meses después de la cirugía, refiriendo alivio completo de su sintomatología previa y sin complicaciones.

## DISCUSION

Definimos a este tumor como condroma extraesquelético debido a su aspecto histológico, su pequeño tamaño y la falta de conexión con el hueso vertebral.

Los condromas extraesqueléticos se localizan casi exclusivamente en las extremidades, siendo la mano el sitio de localización más común.

Nag y Falconer<sup>4</sup> hicieron una exhaustiva revisión de la bibliografía mundial y encontraron 80 casos de condromas en la columna, la mayoría localizados en las apófisis espinosas o transversas, lámina, pedículo, y 16 casos en los cuerpos vertebrales, pero no hallaron condromas extraesqueléticos.

Hendon<sup>3</sup> relata un caso en una niño de 10 años con algunas similitudes en la localización, pero con una histología pleomorfa, con características de cordoma y condroma.

Aunque éste es un caso interesante por sus características únicas, es útil recordar que el dolor ciático o crural es solamente síntoma que requiere de un estudio profundo para descartar causas que no sean las debidas a lesiones discales o degenerativas de la columna lumbar.

## BIBLIOGRAFIA

1. Chung EB, Enziner F: Chondroma of soft parts. *Cancer* 41: 1414-1424, 1978.
2. Dahlin DC, Unnik KK: Bone Tumor. Chapter 3: Chondroma. Charles C Thomas, Springfield, 1986.
3. Herdon JH, Cohen J: Chondroma of lumbar vertebral body in a child. *JBJS* 51-A: 1241-1247, 1970.
4. Nag TK, Falconer MA: Enchondroma of the vertebral body. *Brit J Surg* 53: 1067-1071, 1966.