

OSTEOBLASTOMA CERVICAL: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Diz Díaz, M; Varela Alcantarilla, F.J; Martín Benlloch, J.A; López-Puerta González, J.M
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Los **osteoblastomas desdiferenciados** son tumores benignos raros, especialmente los cervicales, menos del 1% de las lesiones óseas primarias.

La columna vertebral es una localización frecuente (30-40%). La mayoría se localizan en los elementos posteriores (55%).

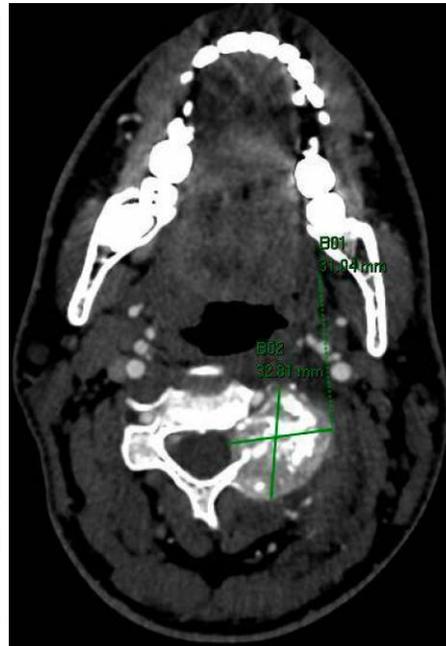
En este caso la singularidad radica en su localización en C3 abarcando la arteria vertebral izquierda y con expansión intracanal

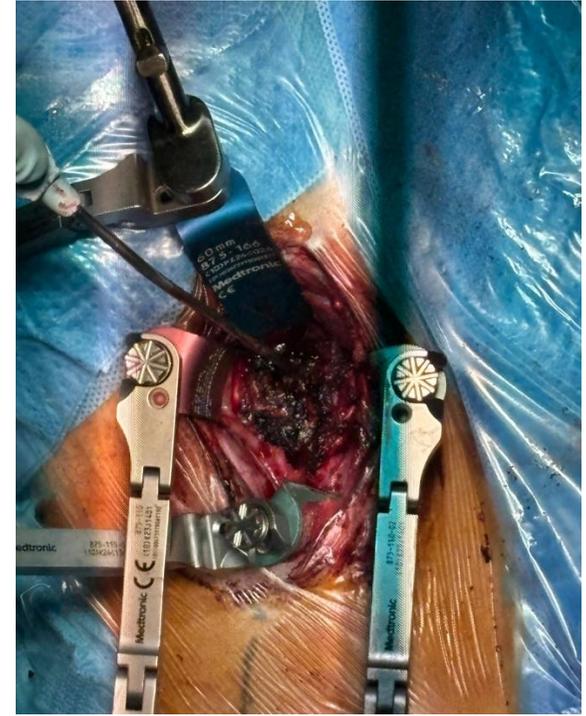
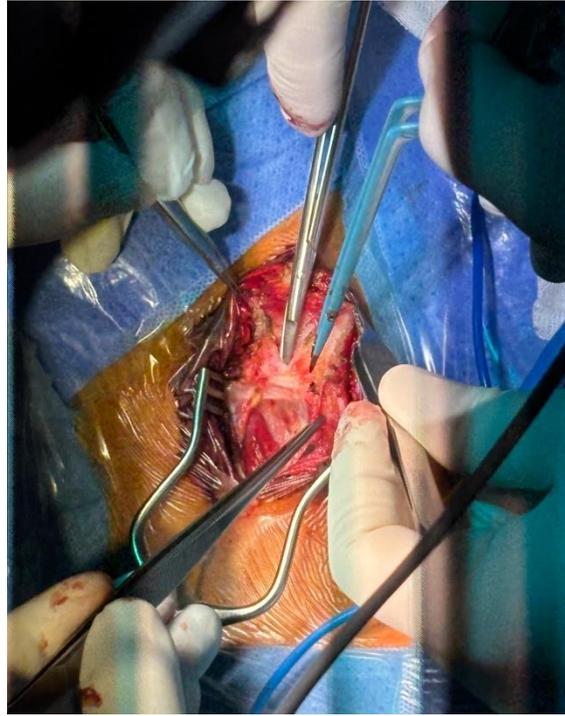
Presentamos el caso de un **varón de 18 años** que acude a consulta con **dolor cervical** que se irradia a región submandibular y **parestesias**.

Se realizan **TAC y RNM** en las que se revelaba una lesión lítica de 3 cm de diámetro, expansiva en masa lateral izquierda de C3, afectando a cuerpo, apófisis transversa y pedículo izquierdo con invasión del foramen vertebral, ante lo cual se realiza arteriografía de troncos supraórticos.

El flujo de la **arteria vertebral izquierda** (la dominante en el caso de este paciente) no estaba obstruido, aunque si desplazaba anteriormente la misma por el efecto compresivo del tumor.

Se decidió realizar **cirugía de resección tumoral**, embolizando previamente ramas arteriales nutricias del tumor. La cirugía se planificó mediante una reconstrucción 3D de la columna cervical y se fabricaron guías 3D de introducción de tornillos pediculares.





PRIMER TIEMPO QUIRÚRGICO

Paciente en decúbito supino. Incisión antero-lateral izquierda de Smith Robinson.

Se disecan planos entre ECM y músculo omohioideo hasta llegar a vértebra. Se identifica C3 y tumor. Se localiza arteria vertebral y se encinta. Se realiza resección de apófisis transversa de C3, adyacente al tumor, aislándose vertebral.

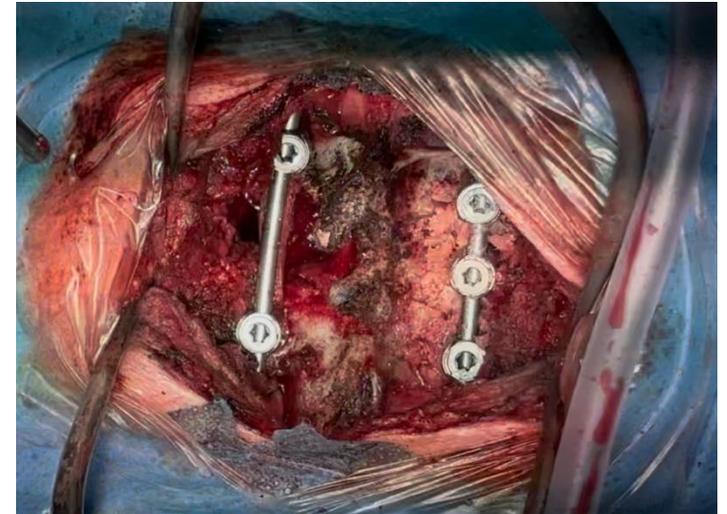
Se completa liberación tumoral hasta zona de apófisis unciformes.

SEGUNDO TIEMPO QUIRÚRGICO

Paciente en decúbito prono, con marco de *Mayfield*. Abordaje en línea media C2-C4, con disección de planos hasta apófisis transversas. Se identifica tumor en lámina C3 con extensión craneal a zona articular C2-C3 y caudal hasta facetas de C4. Resección del ligamento amarillo, craneocaudal en C3, hasta foramen de C2-C3 y C3-C4, que se liberan.

Laminectomía izquierda de C3 que se comunica con la foraminotomía superior e inferior, resecao tumor hacia lateral, localizando arteria vertebral en plano anterior. Se completa resección del tumor, que se muestra friable en polo craneal.

Instrumentación pedicular con guías 3D de C2 bilateral, C4 bilateral y C3 derecho. Fusión vertebral cervical posterior instrumentada. Injerto estructurado encastrado izquierdo C2-C4.

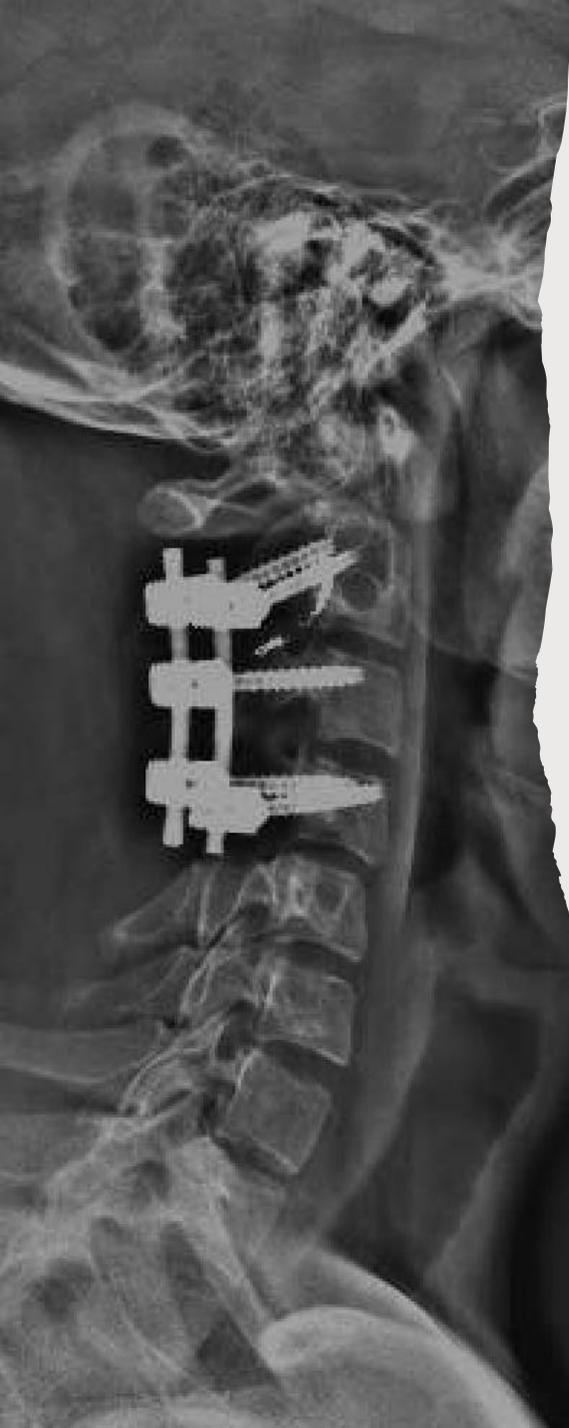


EVOLUCIÓN

En la cirugía se consiguió **resección completa** del tejido tumoral que podía comprometer la viabilidad arterial y suponer un potencial daño medular, además de una adecuada estabilidad de la columna cervical.

Tras la cirugía el paciente presenta una **disminución del dolor cervical sin clínica neurovascular asociada.**

La anatomía patológica reveló infiltración por osteoblastoma en la pieza resecada, sin afectación de hueso vertebral circundante.



CONCLUSIONES

La planificación de la cirugía tumoral en la columna cervical es un pilar fundamental para el éxito de esta, siendo imprescindible una evaluación multidisciplinar del caso

La **planificación 3D** en forma de fantoma fue una herramienta de mucha utilidad para evaluar y atajar el alto riesgo quirúrgico que supuso la resección del tumor.

Las **guías de introducción de tornillos** son una herramienta que facilitan el manejo de la anatomía aberrante en casos similares al que exponemos.

