



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

347/4 - CONDROSARCOMA Y ENCONDROMA EN PACIENTE CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

F. Martín González^a, J. Bea Martínez^b, M. Ezquerro García^a y B. Pérez Ubago^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud Murillo de Río Leza. La Rioja. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Médico Alcanadre. La Rioja. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Ventas Blancas. La Rioja.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 44 años, trabajador de la construcción, antecedentes de esclerosis múltiple en tratamiento con interferon beta 1a semanal (estable desde 2013), hipercolesterolemia tratada con simvastatina 20 mg/24h, síndrome ansioso-depresivo con citalopram 20 mg/24h, adenoidectomía y menisectomía derecha, fumador 5-6 cigarros/día desde hace 15 años. Comienza con dolor lumbar y en cara externa muslo izquierdo que evoluciona por temporadas, siendo fijo desde 3 semanas tras movimientos repetidos en zona lumbar y sin mejoría con AINEs y calor local. Tras diagnóstico de confirmación de condrosarcoma en D11 se realiza corpectomía en bloque y artrodesis posterior con subsiguiente tratamiento radioterápico adyuvante. Aumenta dolor en cara anterior muslo con la marcha, sin mejoría con diversos tratamientos analgésicos a través de Unidad del dolor, detectándose encondroma en fémur izquierdo no tributario de tratamiento quirúrgico.

Exploración y pruebas complementarias: Pares craneales normales, fuerza segmentaria en miembros inferiores sin alteraciones, reflejos osteotendinosos simétricos, hipoestesia en territorio femorocutáneo izquierdo. Análisis de sangre: Hemograma, bioquímica, coagulación, proteinograma y marcadores tumorales dentro del rango de valores normales. RMN columna dorso-lumbar: lesión expansiva posterior en cuerpo de undécima vértebra dorsal con protrusión del muro posterior hacia el canal raquídeo sin rotura del ligamento longitudinal posterior condicionando estenosis severa segmentaria. TAC tórax y abdominal: sin alteraciones significativas. Anatomía patológica: condrosarcoma de bajo grado (G1). RMN muslo izquierdo: lesión medular 12cm en diáfisis de fémur izquierdo, morfología irregular, con corticales íntegras.

Orientación diagnóstica: Condrosarcoma vertebral en D11 bajo grado histológico G1. Encondroma tercio distal fémur izquierdo.

Diagnóstico diferencial: Tumores benignos: osteocondroma, osteoblastoma, hemangioma, tumor células gigantes. Tumores malignos: mieloma múltiple, plasmacitoma, osteosarcoma, sarcoma de Ewing, condroma, linfoma, tumores metastásicos.

Comentario final: Durante todo este tiempo no se ha conseguido mejoría clínica del dolor con los tratamientos efectuados: técnicas invasivas (infiltraciones locales, bloqueos facetas lumbotorácicas, TENS, etc.), distintas combinaciones de fármacos (AINEs, mórficos, relajantes musculares, neuromoduladores). Apenas puede mantener bipedestación lo que conlleva una limitación muy grave para realizar cualquier tipo de actividad. Muy importante es nuestra labor en la coordinación del seguimiento multidisciplinar que se está

llevando a cabo: Atención Primaria, Unidad del dolor, Traumatología y Salud mental AP.

Bibliografía

1. Gelabert-González M, Reyes-Santias RM, García-Pravos A. Dorsal medullary compression due to a primary vertebral chondrosarcoma. Rev Neurol. 2000;30:322-4.

Palabras clave: Condrosarcoma. Encondroma. Esclerosis múltiple.