

CARTAS CIENTÍFICAS

Neurinoma de médula espinal en varón de 81 años con inestabilidad en la marcha y caídas de repetición

Bone marrow neurinoma in an 81-year-old man with unstable gait and repeated falls

Sr. Editor:

Los neurinomas, tumores benignos desarrollados a partir de las vainas nerviosas, constituyen un 25% de los tumores espinales, siendo los más frecuentes. Predominan en la quinta década de la vida y en el sexo masculino¹. De crecimiento lento e insidioso, se demora su diagnóstico y provocan, según su tamaño, lesiones erosivas vertebrales². La mayoría de los pacientes presentan sintomatología secundaria a la compresión medular, dependiendo de la localización del tumor³.

Se presenta el caso clínico de un varón de 81 años con dolor desde hace 2 años en la extremidad inferior derecha (EID), progresiva impotencia funcional y distintas evaluaciones médicas sin repuesta. En el último mes, inestabilidad en la marcha, deambulación limitada y caídas domiciliarias.

Valoración geriátrica: vive en domicilio con su esposa. Sin deterioro cognitivo (Pfeiffer: 1/10). Ánimo depresivo. Deambula con muleta y supervisión. Sale a la calle en silla de ruedas. Se asea y se viste solo, con esfuerzo. Dependencia progresiva para AIVD. Barthel: 35. Incontinencia urinaria reciente.

Antecedentes: exfumador, EPOC, hiperglucemia, artrosis e hipoacusia. Destaca en la exploración marcha espástica con apoyo de la extremidad inferior izquierda y arrastre de la EID, limitada la flexión de cadera y rodilla, reflejos osteotendinosos aumentados en ambas extremidades inferiores (EEII) con predominio derecho, hipoestesia y parestesias en los muslos, las pantorrillas y la planta del pie. Movilidad y fuerza de extremidades superiores conservada. Tiene ligera elevación de creatinina (1,3 mg/dl) y ácido úrico (7,3 mg/dl). En radiología vertebral: espondilosis dorso-lumbar, osteoporosis generalizada.

Presenta varias caídas sin secuelas al intentar moverse en la habitación sin ayuda. Se aconseja andador y se aumenta la dosis de fentanilo transdérmico previamente pautado (50 µg); se asocia gabapentina (1.200 mg/día) con moderada mejoría y escitalopram, por ánimo depresivo con ansiedad.

En electromiograma (EMG) de EEII: polineuropatía mixta sensitivo motora desmielinizante de mediana intensidad. La TAC cerebral y vertebral no resolutive. En la resonancia magnética (RMN): tumoración intradural, extramedular y anterolateral de T5-T6; sospecha radiológica de meningioma dorsal (fig. 1).

Se realiza laminectomía dorsal y resección de la tumoración en su totalidad, iniciando tratamiento rehabilitador. Estudio anatómopatológico: neurinoma de raíz nerviosa de médula espinal e inmunopositividad en todas las células con inmunotinción para proteína S-100.

La sintomatología del neurinoma espinal suele establecerse lentamente, siendo el dolor, síntoma inicial más frecuente, de predominio nocturno. Pueden aparecer parestesias y debilidad

de extremidades². En el 35% puede haber disfunción esfinteriana. Se describe la presentación clínica primaria como hemorragia intradural⁶.

La localización más frecuente es intradural y extramedular (58%), pero pueden ser puramente extradurales (27%) o intraextradurales (15%)⁴ y menos del 1% son intramedulares⁵. Mayor frecuencia a nivel cervical inferior y torácico, también puede aparecer a nivel lumbar¹. Existen neurinomas gigantes o en «reloj de arena», poco frecuentes.

Son los tumores espinales con mayor repercusión radiológica con erosión en pedículo y ensanchamiento del agujero de conjunción. La RMN visualiza la extensión y relación con la médula espinal. En un 75% son imágenes isointensas en T1 respecto a la médula espinal y hasta un 95% hiperintensas en T2. Microscópicamente se componen de células de Schwann con alta celularidad, distinguiéndose 2 tipos diferentes de poblaciones (células en empalizada tipo Antoni A y en áreas Antoni B).

Pueden confundirse con patologías como meningiomas, hernia discal, tumores metastásicos o ependimoma⁷.



Figura 1. Imagen de TAC de columna dorsal lateral: neurinoma intradural, extramedular anterolateral de T5-T6.

El tratamiento es la cirugía, de elección la laminectomía. Hay diferentes vías de abordaje según la localización⁸, siendo la posterior la vía clásica. En casos seleccionados de neurinomas lumbares se realiza cirugía mínimamente invasiva por vía transmuscular, evitando dolor postoperatorio y posibilitando el alta en 72 h⁹. La extirpación del tumor debe ser total para evitar recidivas. La disfunción autonómica preoperatoria no suele mejorar después del tratamiento quirúrgico¹⁰. El tratamiento rehabilitador posterior del paciente será fundamental en la recuperación de sus capacidades.

Bibliografía

- Conti P, Pansini G, Mouchaty H, Capuano C, Conti R. Spinal neurinomas: Retrospective analysis and long-term outcome of 179 consecutively operated cases and review of the literature. *Surg Neurol*. 2004;61:34-43.
- Mahadewa T, Harsan H, Nugroho S, Bernstein MJ. Postoperative recovery of complete sudden paraplegia due to lumbar schwannoma. Case report. *Neurosurg Spine*. 2005;2:601-3.
- Jinnai T, Koyama T. Clinical characteristics of spinal nerve sheath tumors: Analysis of 149 cases. *Neurosurgery*. 2005;56:510-5.
- Kyoshima K, Uehara T, Koyama J, Idomari K, Yomo S. Dumbbell C2 schwannomas involving both sensory and motor rootlets: Report of two cases. *Neurosurgery*. 2003;53:436-9.

- Colosimo C, Cerase A, Denaro L, Maira G, Greco R. Magnetic resonance imaging of intramedullary spinal cord schwannomas. Report of two cases and review of the literature. *J Neurosurg*. 2003;99:114-7.
- Ciappetta P, D'Urso PI, Colamaria A. Giant craniovertebral junction hemorhagic schwannoma: case report. *Neurosurgery*. 2008;62:E1166.
- Pizzolitto S, Falconieri G, Demaglio G. Solitary fibrous tumor of the spinal cord: A clinicopathologic study of two cases. *Ann Diagn Pathol*. 2004;8:268-75.
- Slin'ko EI, Al Q. II: Intradural ventral and ventrolateral tumors of the spinal cord: Surgical treatment and results. *Neurosurg Focus*. 2004;17:ECP2.
- Shah M, Kaminsky J, Vougioukas VI. Minimally invasive removal of an extradural intradiscal lumbar schwannoma. *Acta Neurochir (Wien)*. 2008;150:691-3.
- Safavi-Abbasi S, Senoglu M, Theodore N, Workman RK, Gharabaghi A, Feiz-Erfan I, et al. Microsurgical management of spinal schwannomas: Evaluation of 128 cases. *J Neurosurg Spine*. 2008;9:40-7.

Sofía Solsona Fernández, Carmen Cánovas Pareja * y
Ernesto García-Arilla Calvo

Servicio de Geriatriá, Hospital Real Nuestra Señora de Gracia,
Zaragoza, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: canovaspareja@gmail.com
(C. Cánovas Pareja).

doi:10.1016/j.regg.2009.04.003

El signo de Chilaiditi como hallazgo casual en un paciente en estudio por deterioro cognitivo

Chilaiditi's sign as an incidental finding in a patient undergoing investigation for cognitive decline

Sr. Editor:

El signo de Chilaiditi es un signo poco frecuente en imágenes radiográficas de pacientes que acuden a la consulta médica por motivos diversos. Presentamos el caso de un paciente varón de 77 años que fue enviado a nuestra consulta para estudio de deterioro cognitivo. El paciente presentaba antecedentes de ictus isquémico cuatro años antes, hipertensión arterial, intervención quirúrgica por apendicitis, adenoma de próstata y hemorroides. Tenía dos hermanas con enfermedad de Alzheimer. Acudió a la consulta del Servicio de Geriatriá refiriendo cuadro clínico de aproximadamente 4 años de evolución, caracterizado por pérdida de memoria progresiva, sin otra sintomatología. Se realizaron exploración física (dentro de la normalidad) y test de evaluación de deterioro cognitivo: test de los 7 min con puntuación en el percentil 75 (normal), minexamen cognoscitivo de Lobo 34/35 (normal: >24), test del informador 70 (normal: <57) e índice de Barthel 100/100. Se solicitó hemograma, bioquímica, serología de lúes, TSH, T4 libre y electrocardiograma, siendo todos normales. Asimismo, se realizó SPECT cerebral (defecto de captación a nivel del lóbulo parietal izquierdo de carácter focal a valorar con su antecedente de ictus), TAC craneal (atrofia corticosubcortical) y radiografía de tórax que mostró una imagen de contenido hidroaéreo interpuesto entre el hemidiafragma derecho y el hígado (fig. 1). El paciente fue diagnosticado de alteración cognitiva¹, y se aconsejó seguimiento en consulta.

La interposición del colon transverso entre el hígado y el hemidiafragma es conocida como signo de Chilaiditi, dado a conocer en 1910 por Demetrius Chilaiditi como «hepaptosis». Este signo es un hallazgo en pacientes sin sintomatología y recibe el nombre de síndrome de Chilaiditi cuando se presenta con sintomatología abdominal, como dolor, náuseas, vómitos, estre-

ñimiento, flatulencia y/o distensión, complicándose a veces con cuadros de obstrucción intestinal y volvulación colónica²⁻⁵.

La frecuencia del signo de Chilaiditi es del 0,02-0,25%, presentando una relación varón: mujer 4:1. Se incrementa en la población anciana, en la que puede alcanzar una prevalencia del 1%⁴.

Se ha encontrado una mayor incidencia de este signo en la población de Irán (0,22%) y en pacientes que cursan con incremento de la presión intraabdominal, tales como gestantes en la segunda mitad del embarazo (2%), pacientes con EPOC (2,7%) y pacientes con cirrosis posnecrótica (22%). Asimismo, se ha demostrado la relación existente con entidades como el retraso mental, esquizofrenia, ectopia renal, obesidad, arritmias cardíacas, insuficiencia respiratoria, síndrome de Cushing y síndrome de Ehlers Danlos⁴⁻⁸.

Entre los factores predisponentes se encuentran las alteraciones anatómicas, como la elongación colónica congénita, mal rotación o mal fijación del intestino, intestino redundante con mesenterio largo, laxitud congénita o adquirida de los ligamentos

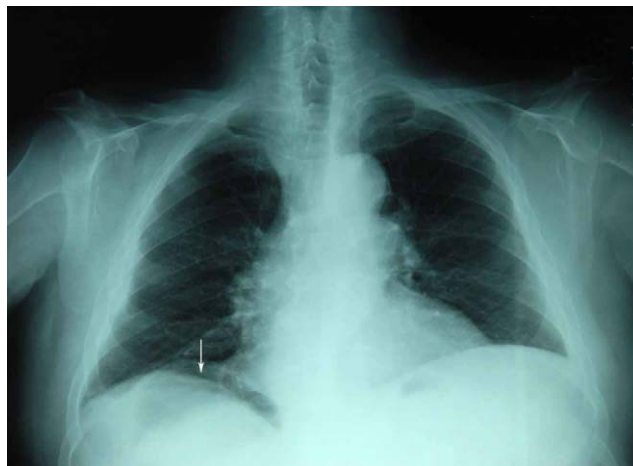


Figura 1.