

## Cartas al Director

Sr. Director:

Ante todo queremos agradecer la felicitación que nos dedican los firmantes de la «Carta al Editor» y esperamos que el trabajo, tal como apuntan, haya ayudado a comprender la etiopatogenia de este tema tan discutido.

El trabajo de Brian J. Schulman presenta un vacío intravertebral en T9 en una paciente de 57 años afecta de metástasis de carcinoma de mama. Cabe resaltar que en las imágenes de la TC y de la resonancia existe una destrucción de las corticales del cuerpo vertebral y una importante invasión de partes blandas. Sin duda se trata del primer caso referido en la literatura de presencia de vacuum intravertebral, estudiado con TC y resonancia magnética y con constatación anatomopatológica.

Recientemente Karantanas A. H. ha publicado «C.T and MR imaging of intravertebral vacuum resulting from malignancy» (AJR 177: 474-476, 2001), en cuyo artículo presenta una paciente de 61 años con imágenes de vacuum en el cuerpo de T12. La paciente fue mastectomizada hace tres años por neoplasia de mama. Según el autor éste era el primer caso referido en la literatura de fenómeno de vacío atribuido a malignidad estudiado con resonancia.

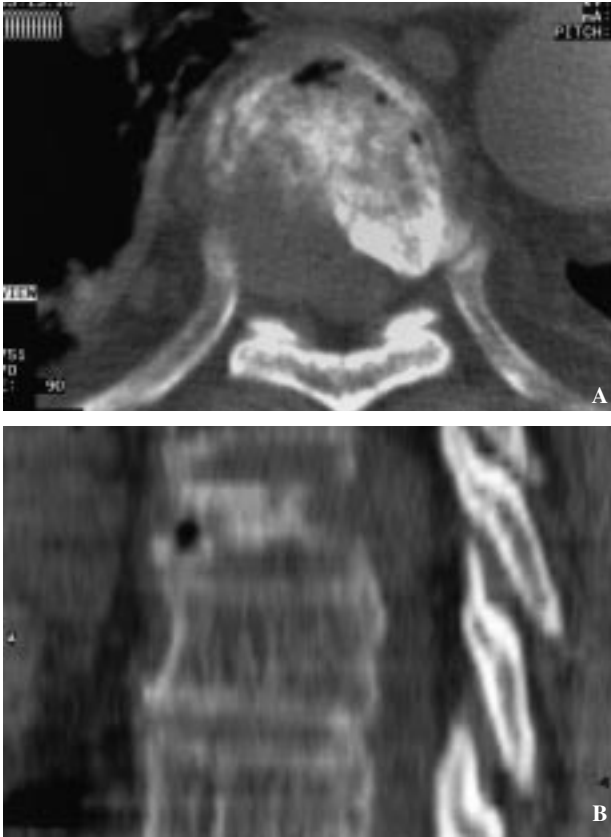
Hace justo dos meses, en agosto del 2001, ingresó en nuestro Servicio un varón de 62 años con historia de dorsalgia invalidante y paraparesia de un mes de evolución. La radiografía de tórax mostraba un nódulo pulmonar, que fue diagnosticado por broncoscopia como neoplasia del pulmón. La radiografía de la columna evidenciaba una fractura patológica de T7. La TC señalaba la presencia de gas, destrucción de las corticales y gran invasión de partes blandas con compresión de la médula espinal (Figs. 1A y B). La resonancia magnética en la imagen sagital spin.echo ponderada en T2, con supresión de grasa mostraba destrucción del arco posterior de C6 invasión de T2 y T11 y fractura patológica de T7 en donde se apreciaba una señal de baja intensidad en la parte anterior del cuerpo vertebral debido a la colección gaseosa (Fig. 2). Es de resaltar la enorme similitud de las imágenes que presentamos con las publicadas por Schulman en Imaging Corner de Spine.

Así pues, después de haber enviado nuestro original en septiembre del 2000 a la Revista de Ortopedia y Traumatología se han publicado 2 casos en los que no cabe duda la existencia de un fenómeno del vacío en una vértebra neoplásica. Nuestro caso confirma tal posibilidad y, como señalan los firmantes de la Carta al Editor, el dato constante en estos casos es la ruptura de las corticales vertebrales y la invasión de partes blandas.

En las conclusiones de nuestro trabajo se decía que «Ante la presencia de vacío intravertebral puede descartarse la infiltración tumoral, incluso con antecedentes neoplásicos, evitando procedimientos diagnósticos y terapéuticos más agresivos». Actualmente, después de estos 3 casos presentados no puede sostenerse esta afirmación.

Esperamos con esta nota haber aportado nuevos datos sobre este tema tan controvertido. Una cita anónima dice que «el tiempo es un colaborador inevitable, a quien se debe siempre el último capítulo».

*Dr. J. Roca Burniol y colaboradores*  
Servicio de COT. Hospital German Trias i Pujol. Badalona  
(Barcelona).



**Figura 1.** Varón de 62 años con dorsalgia aguda y paraparesia. Neoplasia del pulmón, la tomografía axial (A) y la reconstrucción multiplanar (B), muestran una colección gaseosa intravertebral, destrucción de las corticales de T7 y un área de invasión de partes blandas con compresión medular.



**Figura 2.** Imagen en Resonancia Magnética sagital spin-echo ponderada en T2, con supresión de grasa, donde se observa destrucción del arco posterior de C6, invasión del cuerpo de T2, y fractura patológica de T7 con señal de baja intensidad en el cuerpo vertebral debido a colección gaseosa.