

TUMORES BENIGNOS

- Los tumores primitivos tanto benignos como malignos son raros en la columna.
- De los osteogénicos, son raros los malignos y relativamente frecuente el osteoma osteoide y el osteoblastoma.
- Hay que tener en cuenta que en la columna tanto malignos como benignos, tienen una potencial malignidad local. (Por el compromiso que crean en el lugar en el que asienta, y el conflicto de espacio).
- Los tumores benignos evolucionan lentamente, presentan límites netos y no forman metástasis: la actividad osteogénica del periostio contiene al proceso tumoral.
- La cubierta ósea que rodea al tumor le da un aspecto insuflado .
- Los tumores benignos se desarrollan durante el crecimiento óseo.

HEMANGIOMA

Es el más frecuente de los tumores benignos raquídeos.

- Tumor de origen vascular “aislado”, constituido por un neot Tejido formado por capilares cavernosos o por venas. Este tumor es potencialmente maligno.
- En principio asintomático, a veces provoca raquialgias. Afecta a los cuerpos vertebrales (sobre todo raquis torácico) y a cráneo (sobre todo al hueso frontal).
- En el raquis el hemangioma se caracteriza por el aspecto en estrías paralelas dispuestas verticalmente: la vertebral de perfil presenta un “Aspecto de peinado del cuerpo vertebral.”
- Radiológicamente se ven trabéculas gruesas verticales que pueden extenderse a pedículos y láminas.
- Pueden manifestarse como fracturas patológicas.

CRONDROMA

Afecta a las extremidades del raquis: las regiones sacrocoxígea y esenooccipital.

- A nivel coxígeo la lesión es silenciosa; más tarde puede, por compresión, provocar síntomas en vejiga o recto.
- A nivel esenooccipital, el signo clínico más corriente son las cefaleas; la compresión puede dar lugar a signos oculares o a zumbidos de oídos.
- En el raquis cervical el signo clínico es la disfagia.

A nivel de miembros, el condroma afecta más a fémur, tibia, falanges de los pies y de las manos.

ASPECTO RADIOLOGICO

Tiene un aspecto de zonas radiotransparentes a menudo centrales, sembradas de calcificaciones, o por el contrario de aspecto homogéneo.

La cortical está adelgazada y el hueso aparece abombado.

OSTEOBLASTOMA

- Más frecuente en la 2ª-3ª década de la vida.
- Puede verse como lesión radio-transparente o radio-opaca.
- Más típico en el arco posterior y ocasionalmente en el cuerpo vertebral.
- Es raro (1%), asienta en el raquis y en los huesos largos: afecta con frecuencia al raquis lumbar: en el 70% de los casos a los arcos posteriores, a los cuerpos vertebrales en el 24% de los casos.
- Los síntomas son idénticos a los del osteoma osteoide, la lesión es más voluminosa, a veces osteolítica u osteocondensante: puede evocar un tumor maligno primitivo.

OSTEOCONDROMA

Se caracterizan por una exostosis: es el más frecuente de los tumores benignos. Asienta en los huesos largos cerca de los cartílagos de conjunción, sobre todo en la rodilla

OSTEOMA OSTEÓIDE

Asintomático, asienta sobre el cráneo y en los senos de la cara.

- Lesión benigna.
- Clínica: dolor local peor durante la noche y mejora con la actividad
- La mayoría en menores de 25 años.
- Radiología:
 - El 50 % se ven en fémur y tibia.
 - Pequeña lesión radiotransparente intracortical menor de 1 cm de diámetro rodeada de reacción esclerótica.

Es un pequeño tumor osteoblástico en forma de nido que afecta al niño y al adulto joven. Se manifiesta por raquialgias o radiculalgias en el 50% de los casos. A menudo se asocia a una escoliosis dolorosa.

Cuando afecta a las vértebras generalmente lo hace en sus elementos posteriores, las apófisis transversas, la lámina y los pedículos.

Los dolores son tenaces, se intensificaron por la noche y se calman con la aspirina.

QUISTE ANEURISMÁTICO

Afecta al hemiarco posterior, confiriéndole un aspecto abombado y lítico. Es raro que produzca síntomas.

Los principales tumores benignos óseos según MONNIER							
	Particularidades						
	variedades	etiológicas	topográficas	clínicas	radiológicas	evolutivas	diversas
Tumores cartilaginosos	Osteocondroma y exostosis	Adolescente Adulto joven	Metáfisis (cerca de la rodilla, lejos del codo)	Latencia habitual	Exostosis	Degeneración no habitual	Enfermedad exostósica Posible difusión
	Condroma	Cualquier edad	Huesos de las extremidades. Metáfisis fémur y tibia. Hueso ilíaco	Latencia habitual	Laguna bien circunscrita	Falanges sin degeneraciones Calcificaciones intratumorales	Lesión única o condromatosa difusa (Ollier).
	condroblastoma benigno	Raro adolescente	Epífisis huesos largos (cerca de la rodilla, lejos del codo)	Dolores epifisarios	Geoda epifisaria. Pequeñas calcificaciones	Extensión posible al cartilago.	
	Fibroma condromixolide	Raro adolescente 6 a 18 años	Metáfisis huesos largos. Excéntrico tibia, fémur	Dolor y Tumefacción regionales	Claridad oval metafisaria excéntrica que abulta en la cortical.	Sin degeneración	
Tumores óseos	Osteoma	Traumatismo frecuente (15 a 25 años)	Cráneo, cara etmoides. Frontal	Latencia habitual A veces compresión	Opacidad densa bien delimitada		
	Osteoma osteoide	Sujetos jóvenes masculinos antecedente traumático (15 a 25 años)	Tibia y fémur	Dolor vivo +++ nocturno	Claridad central condensación periférica		
	Osteoblastoma benigno	Raro Sujetos jóvenes	Raquis, huesos largos	Dolor	Zona clara delimitada a veces opacidades intratumorales		
Tumores conjuntivos	Tumores con mieloplaxias	Adulto joven sobre todo mujeres 20 a 45 años	Epífisis de los huesos largos (fémur, tibia, radio)	Dolor, tumor	Osteolisis aislada Osteolisis con tabicación de separación	Pronóstico variable	
Tumores vasculares	Angioma		Vértebrae	Latencia habitual a veces compresión medular	Aspecto estriado acanalado de la vértebra	Pronóstico neurológico	
Quistes óseos	Quiste único	Adolescente adulto	Metáfisis huesos largos	Latencia frecuente tumefacción	Claridad oval que empuja en la metáfisis		
	Quiste aneurismal	Niño, adolescente adulto joven	Metáfisis huesos largos, arco posterior vertebral	Dolores	Laguna excéntrica de eje largo vertical que erosiona la cortical. Condensación en periostio		
	Cordoma		Sacro 50%	Dolores	Osteolisis limitada por una fina esclerosis, placas de calcificaciones		

I. TUMORES ÓSEOS		
Tipo de tejido del que deriva el tumor	Tumor benigno	Tumor maligno o que se desarrolla sobre un tumor benigno
Óseo	Osteoma primitivo Osteoma traumático Osteoma de origen neurógeno (osteofibroma) Osteoma osteoide	Osteosarcoma osteogénico
Cartilaginoso	Osteocondroma (exóstosis aislada) Condroma Condroblastoma Fibroma condromixioide	Condrosarcoma periférico Condrosarcoma central
Fibroso y tejido de sostén	Fibroma no osificante Tumores de mieloplaxias	Fibrosarcomas Tumores de células gigantes malignas
II. TUMORES INTRAÓSEOS NO ESPECÍFICOS		
Tipo de tejido del que deriva el tumor	Tumor benigno	Tumor maligno o que se desarrolla a partir de un tumor benigno
Hematopoyético		Mieloma múltiple o solitario Leucemia Hematosarcoma leucémico Enfermedad de Hodgkin Reticulosarcoma óseo Sarcoma de Ewing
Nervioso	Neurofibroma Schwanoma	Schwanoma maligno
Vascular	Angioma Tumor glómico	
Graso		Liposarcoma
Cordal		Cordoma
III. DISTROFIAS PSEUDOTUMORALES		
A) de etiología incierta		
Quiste esencial Quiste aneurismal Displasia fibrosa mono-ósea Granuloma eosinófilo (histiocitosis x) Islote benigno solitario Quiste epidermoide Miositis osificante		
B) de etiología conocida no tumoral		
Tumor marrón de la osteosis paratiroidea Infartos óseos Osteitis pseudotumorales		