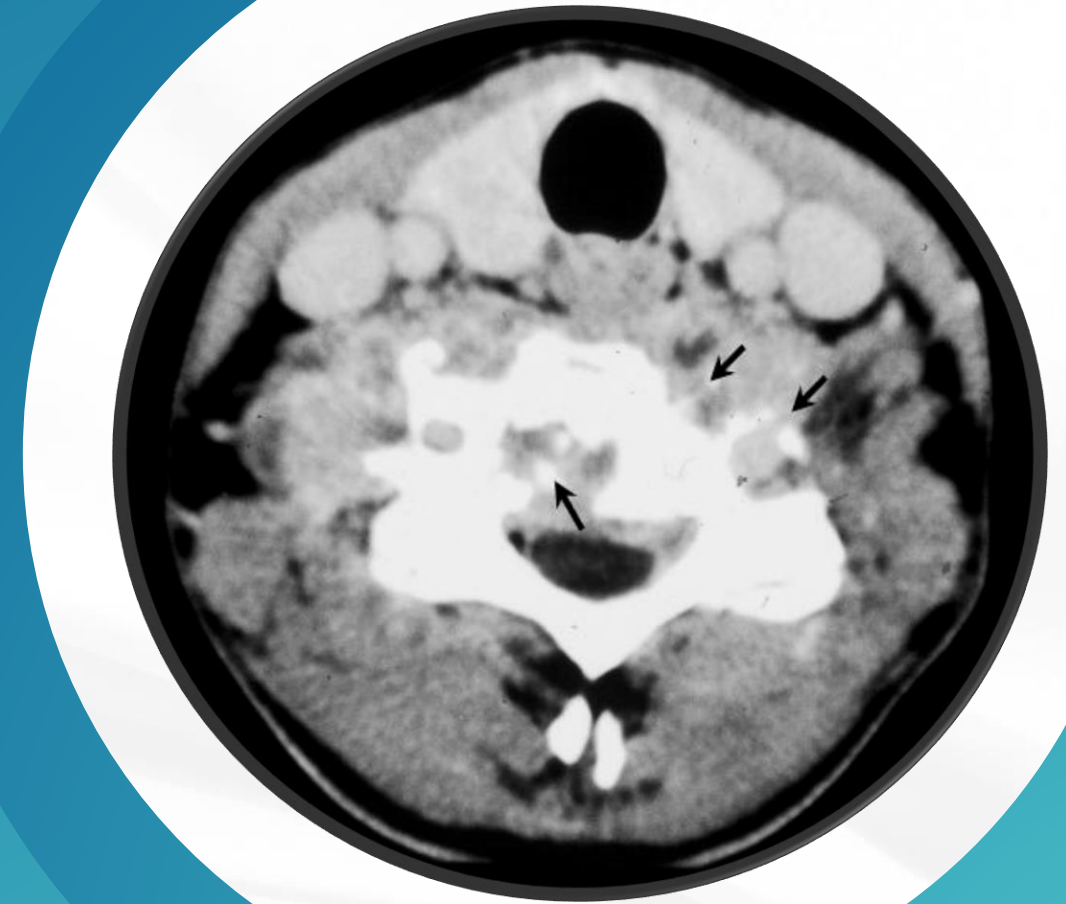


TUMORES PRIMITIVOS MALIGNOS



Todo tumor conlleva una reabsorción ósea a su contacto, lo que favorece una neoformación ósea: en hueso fabrica una barrera ósea.

En caso de crecimiento rápido el tumor rompe la cortical y disemina en los tejidos blandos.



Presentan características comunes:

- presencia de dolores locales intolerables, atroces.
- la evolución es rápida, se producen metástasis: El pronóstico es casi siempre fatal.



OSTEOSARCOMA

Tumor primitivo óseo, maligno, con capacidad de formar hueso.

Es el tumor primitivo mas frecuente después del mieloma.

10-25 años mayor frecuencia. En jóvenes afecta huesos cilíndricos, en 40-50 años huesos planos como el iliaco.



OSTEOSARCOMA

La mayoría se sitúa en metáfisis de huesos largos, con predilección por el tercio distal de fémur y superior de tibia y peroné.

(Puede aparecer en cualquier hueso, incluidos los cortos).

Síntoma: dolor.



RADIOLOGIA : Osteosarcoma

- Lesiones líticas , escleróticas, o ambas.
- Destrucción de la cavidad medular.
- Periostio elevado y roto.
- Invade partes blandas adyacentes.
- Reacción perióstica invariablemente interrumpida en rayos de sol, espiculada, o en capas de cebolla.
- La TAC permite una mejor delimitación de la extensión tumoral y afectación de partes blandas.



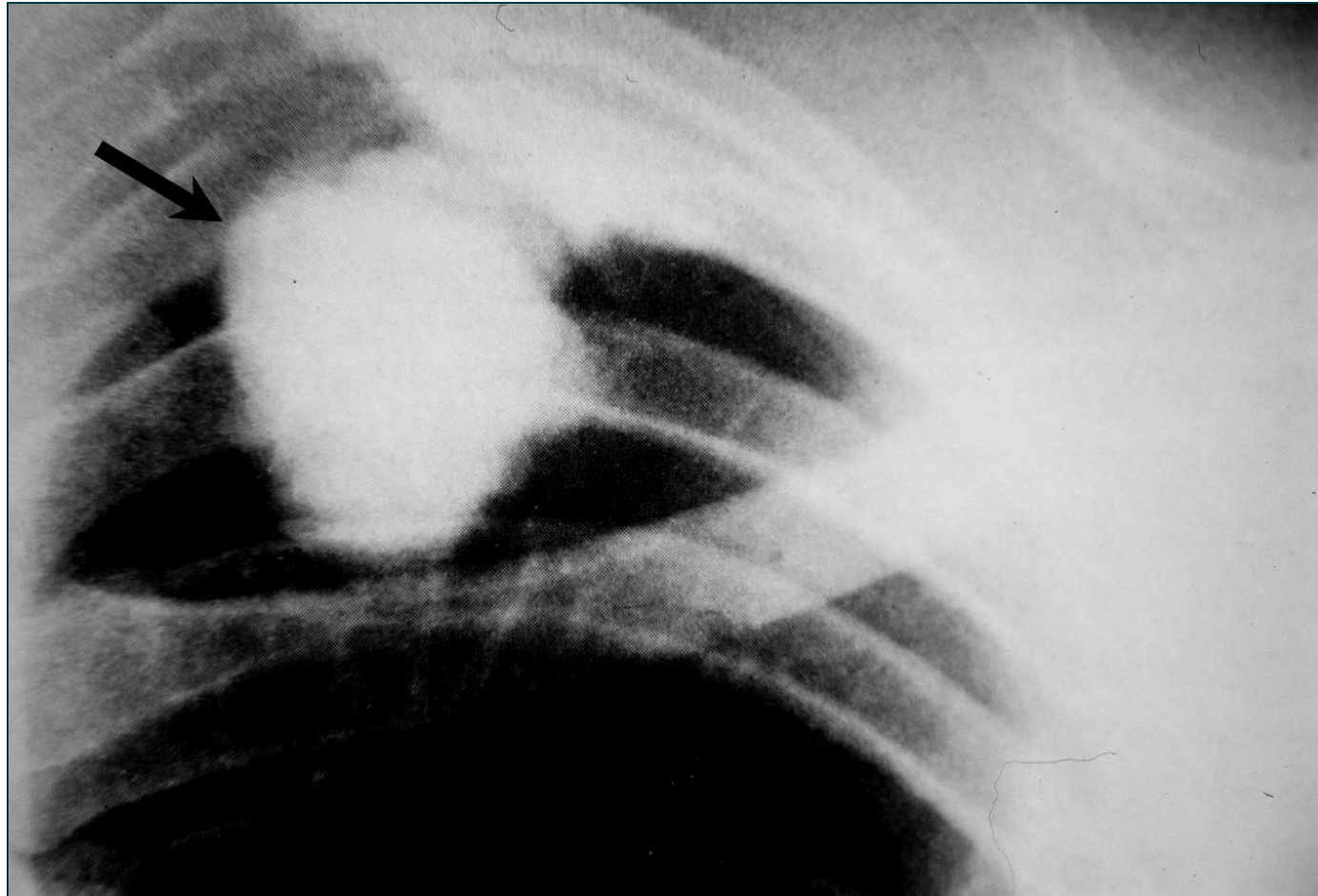
OSTEOSARCOMA DEL FEMUR



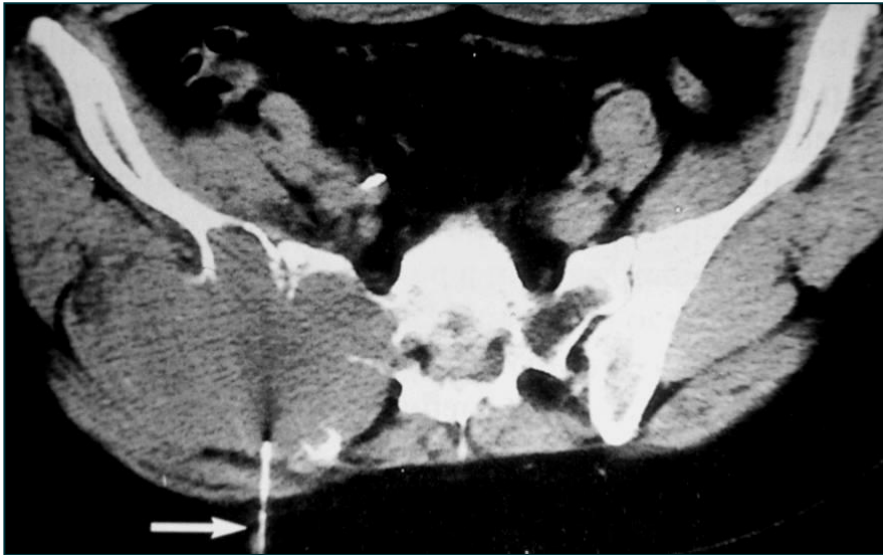
OSTEOSARCOMA



OSTEOSARCOMA COSTAL



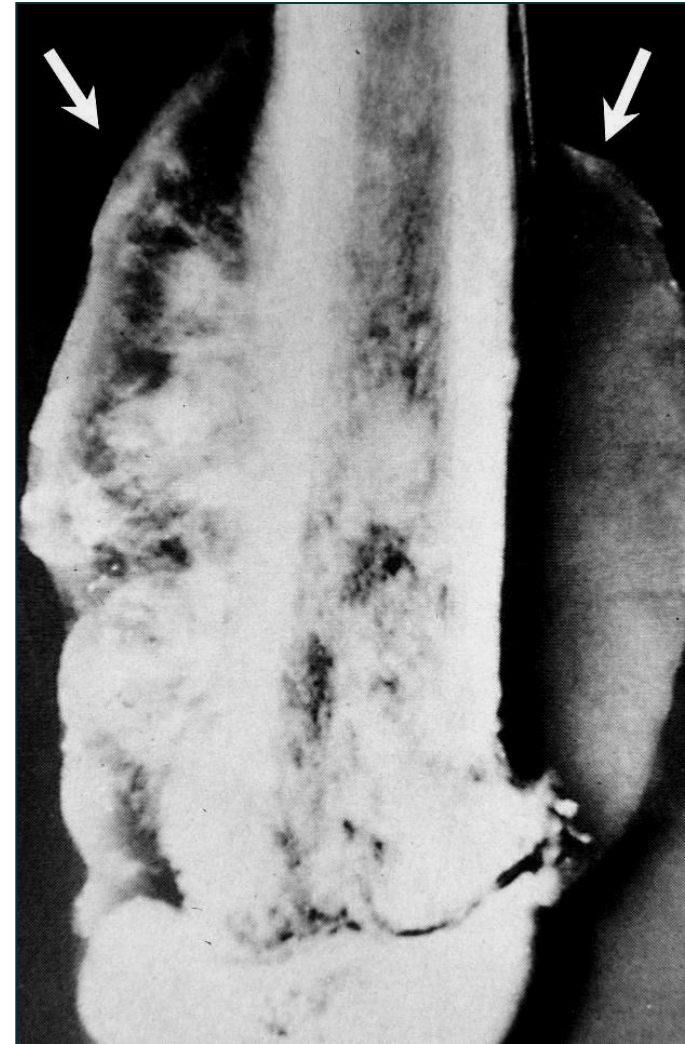
OSTEOSARCOMA DEL SACRO



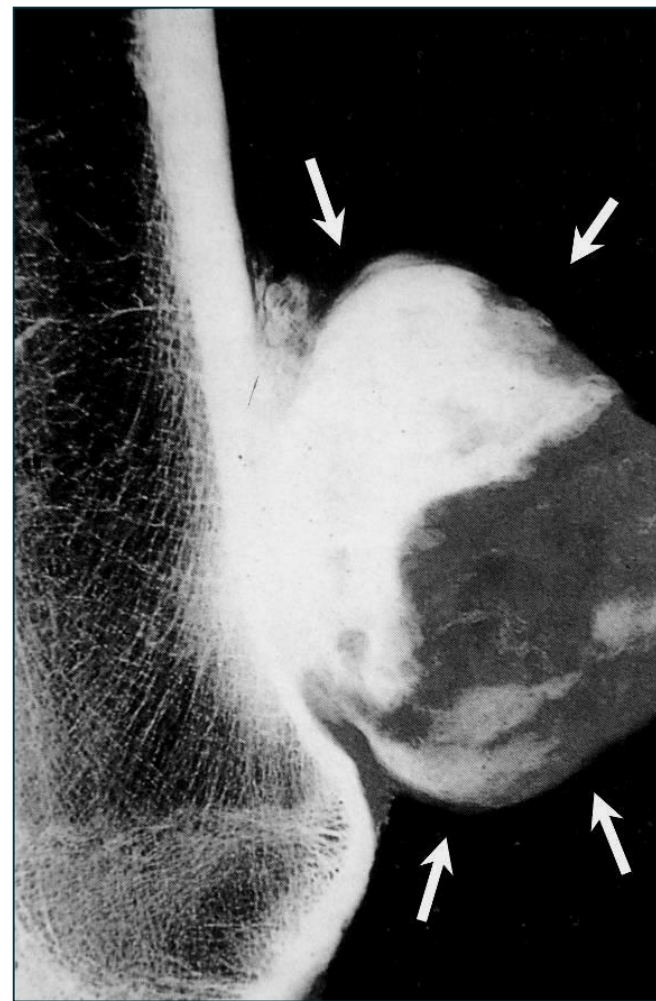
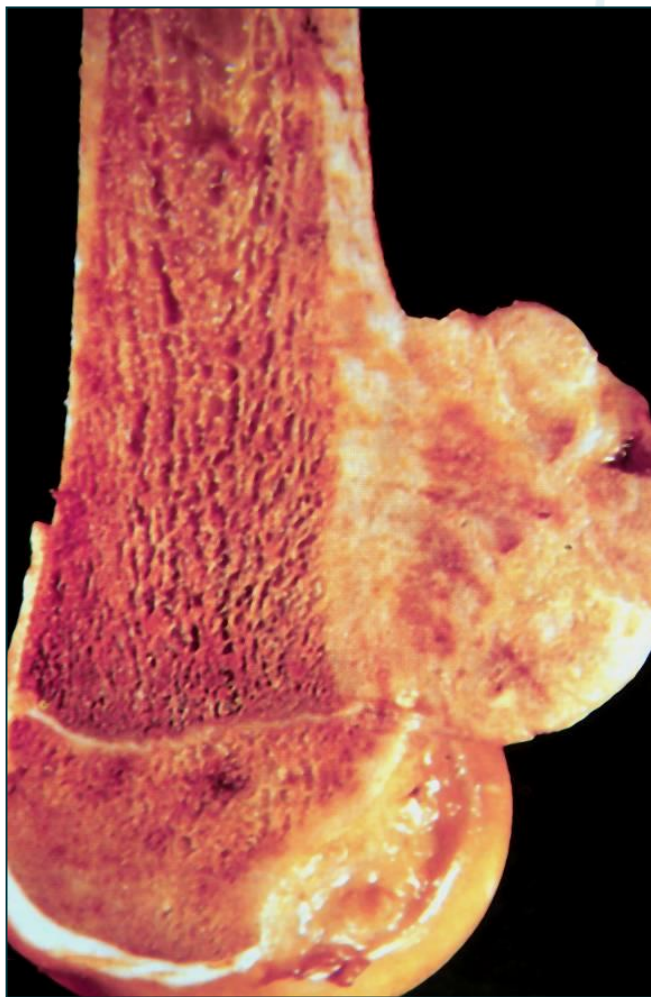
OSTEOSARCOMA VERTEBRAL



OSTEOSARCOMA DEL FEMUR



OSTEOSARCOMA DEL FEMUR



OSTEOSARCOMA DEL HUMERO



CONDROSARCOMA

- Tumor maligno, formador de cartílago, no hueso.
- Se desarrolla sobre una lesión benigna cartilaginosa preexistente.
- Es el tumor maligno más frecuente después del osteosarcoma.
- Máxima incidencia entre 4ª-6ª década de vida.
- Localizaciones más frecuentes: fémur, húmero, pelvis, escápula. Raro en huesos cortos de manos y pies.

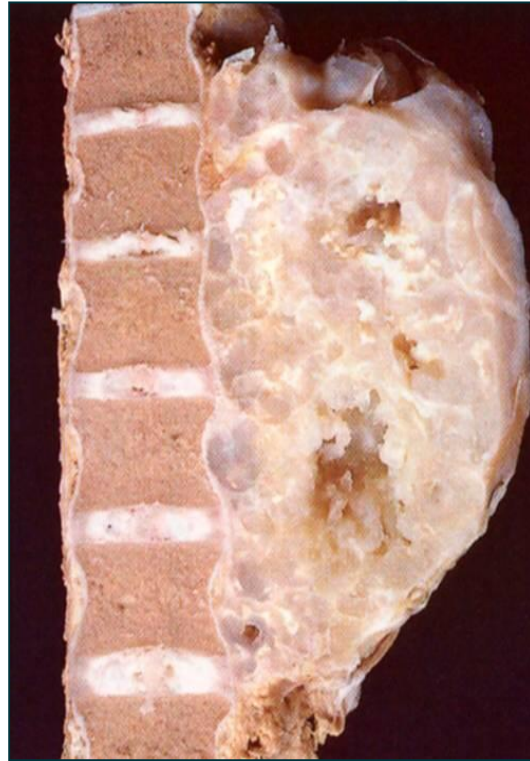


RADIOLOGIA : Condrosarcoma

- Lesión lítica de tamaño variable.
- Borde más o menos lobulado bien definido e incluso esclerótico.
- Puede contener pequeñas calcificaciones punteadas, irregulares.
- Destruye la cortical e infiltra partes blandas.



CONDROSARCOMA LUMBAR



Afecta a los huesos largos y a la pelvis. El tumor es radiotransparente y aparece sembrado de calcificaciones que se desarrollan en las partes blandas. La evolución es lenta.

CONDROSARCOMA



Condrosarcoma del
isquión.



Condrosarcoma
de la pelvis.

CONDROSARCOMA DE LA PELVIS



SARCOMA DE EWING

- Tumor primitivo óseo muy maligno.
- Mayor frecuencia varones 5-20 años. Máxima incidencia a los 15 años.
- Afecta fundamentalmente a huesos largos, fémur (25%), tibia, húmero, costillas, escápula, pelvis. (Huesos planos en mayores de 20 años).
- Síntomas: dolor, presenta a veces fiebre.



SARCOMA DE EWING



RADIOLOGIA: S. EWING

- Lesión lítica, afecta la diáfisis de un hueso largo.
- Reacción perióstica interrumpida en hojas de cebolla.
- En ocasiones puede ser una lesión lítica pura, metafisaria con bordes más o menos mal definidos.

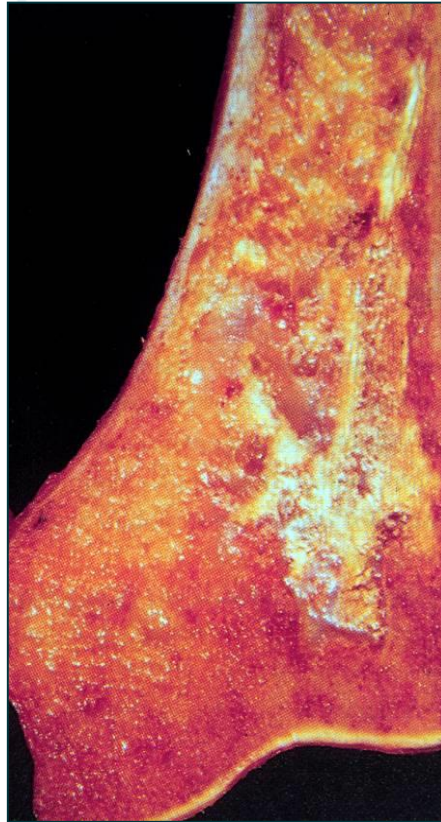
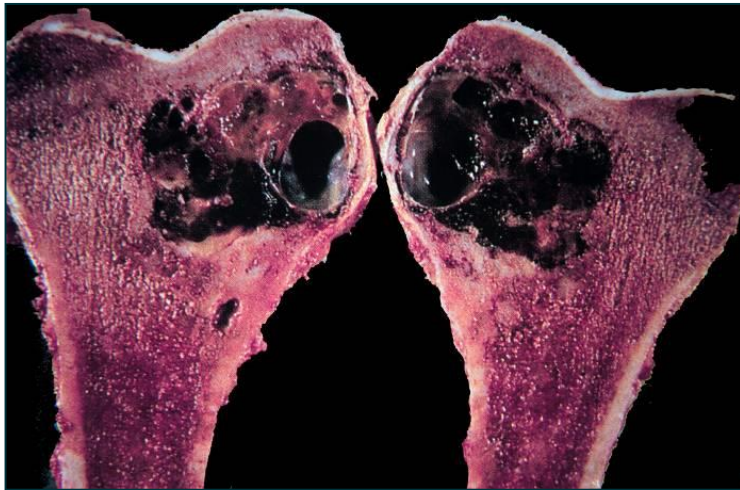


RADIOLOGIA: S. EWING

- Afectación de tejidos blandos.
- El TAC ofrece un mejor diagnóstico en la extensión y afectación de partes blandas, control evolutivo del tratamiento, ya que la aparición de recurrencias se detecta por la afectación de partes blandas.



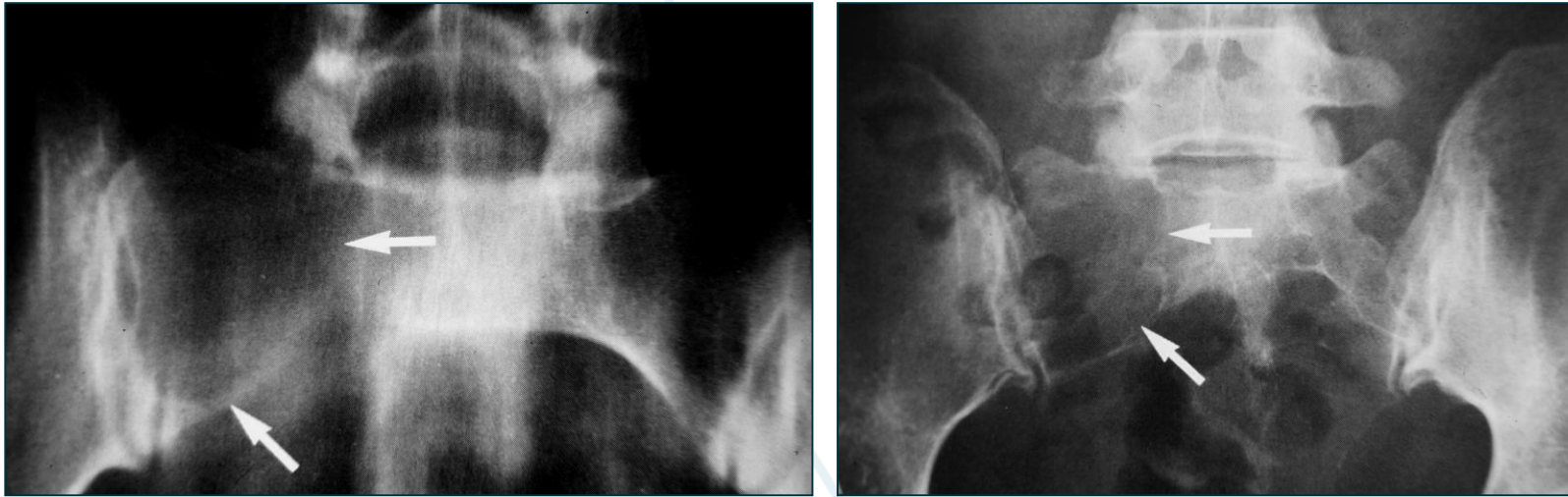
TUMOR DE MIELOPLAXAS



TUMOR DE MIELOPLAXAS



TUMOR DE MIELOPLAXAS



Este tumor de células gigantes afecta al adulto joven y se localiza nueve veces de cada diez en el sacro, en la zona del alerón sacro. La sintomatología puede ser la de una ciática S1 o S2. El tumor tiene un aspecto abombado.

ENFERMEDAD DE HODGKIN

En el 15% de los linfomas aparece afectación ósea, después de estar afectados la mama, el hígado o el bazo. Afecta sobre todo a la pelvis y al raquis: da lugar a raquialgias y radiculalgias.



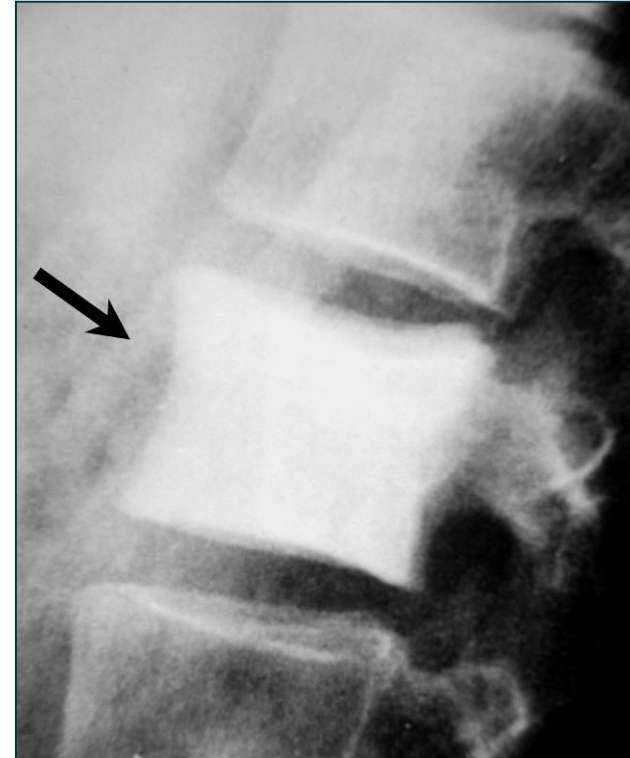
ENFERMEDAD DE HODGKIN

SIGNOS RADIOLOGICOS:

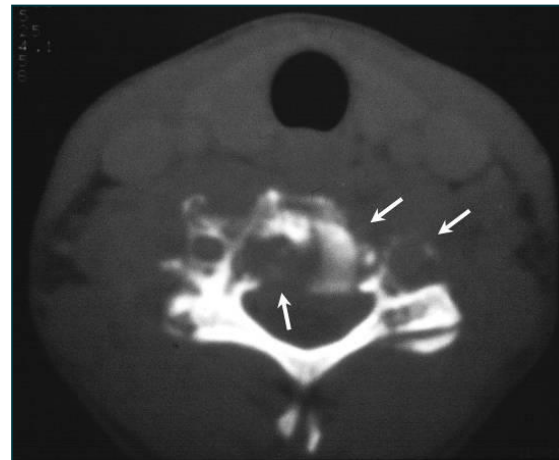
Los tumores óseos tienen un aspecto mixto, alternando osteolisis y osteocondensación. El aspecto de destrucción anterior de los cuerpos vertebrales por la adenopatía es patognomónico - Los discos intervertebrales también están afectados.



ENFERMEDAD DE HODGKIN



ENFERMEDAD DE HODGKIN



MIELOMA MULTIPLE O ENFERMEDAD DE KHALER

Se caracteriza por una proliferación de células plasmocitarias anormales en la médula de los huesos. Es más frecuente en el hombre adulto que en la mujer. La proliferación intramedular de múltiples focos es responsable de lesiones osteolíticas: las células segregan una inmunoglobulina , una paraproteína mielomatosa.



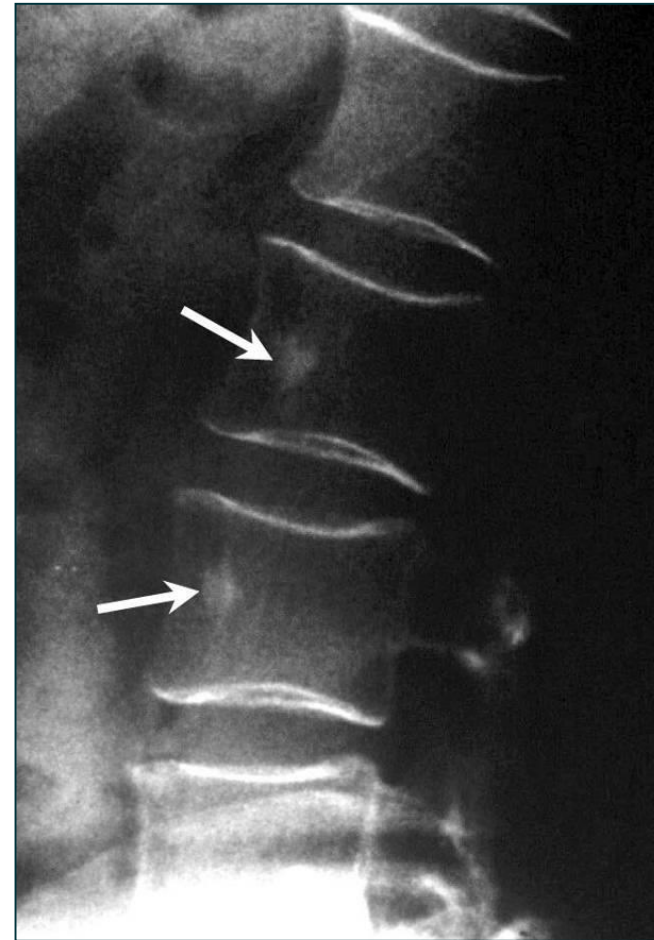
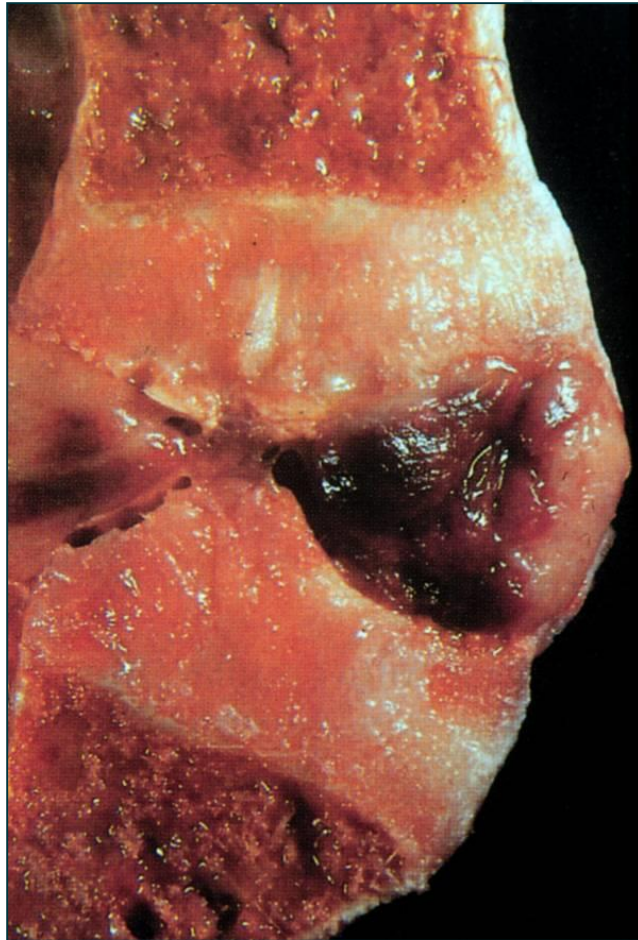
MIELOMA MULTIPLE O ENFERMEDAD DE KHALER

1) Signos clínicos:

El dolor es el síntoma cardinal. Se presenta en raquialgias, radiculalgias, a veces por fracturas espontáneas. Se calma con el decúbito y aumenta en la bipedestación.



MIELOMA MULTIPLE O ENFERMEDAD DE KHALER



MIELOMA MULTIPLE O ENFERMEDAD DE KHALER

- El raquis, las costillas, la pelvis, el cráneo y la cintura escapular están afectados con frecuencia. La localización lesional más frecuente es el raquis.
- El paciente puede presentar una alteración del estado general: los signos frecuentes son: anemia, afectación renal, las hemorragias.



MIELOMA MULTIPLE O ENFERMEDAD DE KHALER

2) SIGNOS BIOLOGICOS:

Aumento de la velocidad de sedimentación, presencia de la paraproteína mielomatosa

en la electroforesis , proteinuria de

Bence-Jones (40% de los casos), hipercalcemia , infiltración plasmocitaria en la biopsia ósea.



MIELOMA MULTIPLE O ENFERMEDAD DE KHALER

3) SIGNOS RADIOLOGICOS:

El primer signo radiológico puede ser una osteoporosis importante, después se instalan lagunas ovales sobre el esqueleto axial, naciendo de la médula ósea, que dan un aspecto, con manchas.



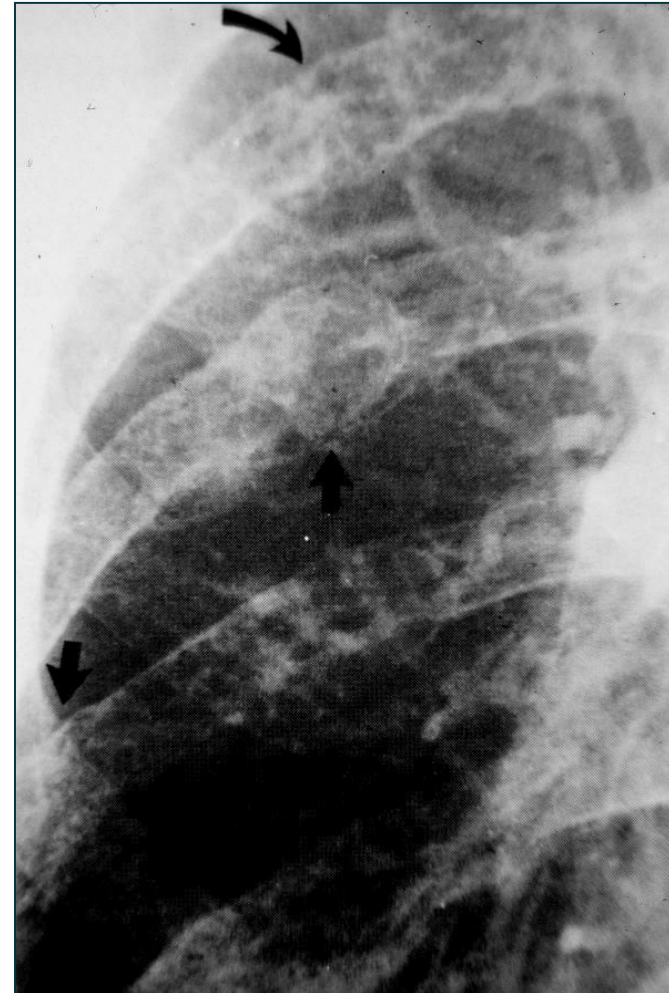
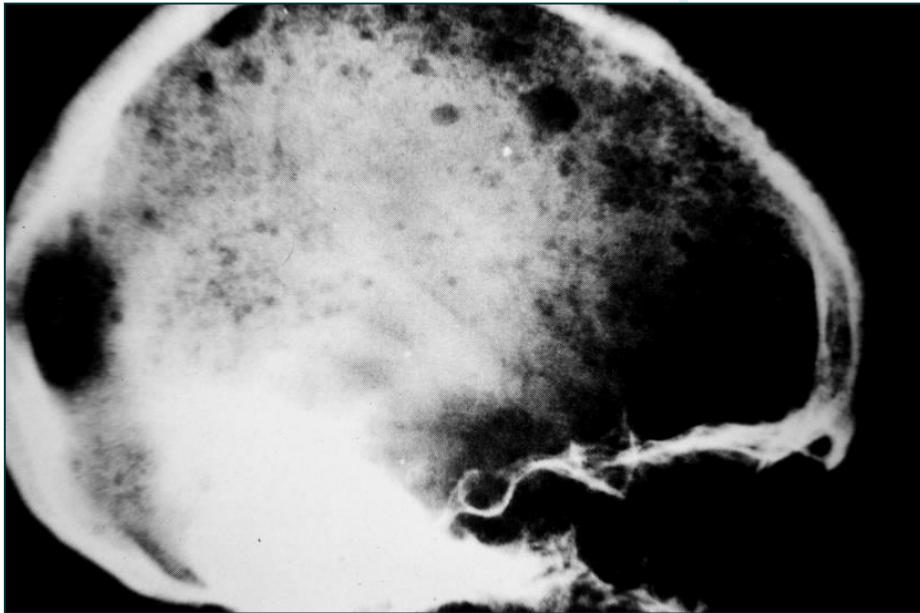
MIELOMA MULTIPLE O ENFERMEDAD DE KHALER

Hay lesiones osteolíticas como la desaparición de un segmento óseo, o fracturas espontáneas. A veces se encuentra la imagen de vértebras de "marfil"

Nota: la enfermedad tiene muy mal pronóstico.



MIELOMA MULTIPLE O ENFERMEDAD DE KHALER



CORDOMA

Afecta al adulto a partir de sesenta años y afecta por orden decreciente de frecuencia:

- La sacrocoxígea y el sacro + +.
- El cráneo (sincondrosis esfenobasilar).
- El raquis cervical.
- El raquis lumbar.
- El raquis dorsal.



CORDOMA

El tumor produce dolores y signos de compresión (saco dural, recto). A menudo se encuentra una masa posterior al hacer un tacto rectal.

La forma alta afecta a la fosa posterior del cráneo o al cavum de Meckel y entonces puede provocar una neuralgia de trigémino .



CORDOMA

- Surge de remanentes embrionarios.
- Puede aparecer a cualquier edad pero es mas frecuente en la 5ª-6ª década de la vida.
- Maligno y localmente agresivo.
- En el 50-60% de los casos aparece en región sacrocoxígea.

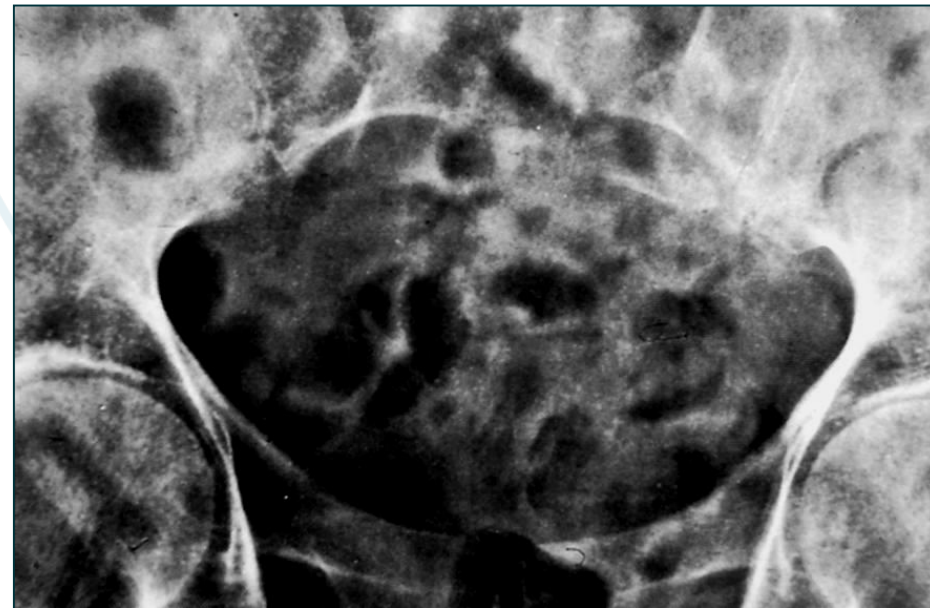


CORDOMA

- En el resto de la columna sobre todo a nivel de la 2ª cervical.
- Radiológicamente es una zona lítica con focos cálcicos y afecta a partes blandas.



CORDOMA



CORDOMA

- La forma baja da una osteolisis media de las últimas piezas sacras, con presencia de una masa en las partes blandas presacras.
- A nivel lumbar la osteolisis predomina en la parte posterior del cuerpo vertebral. A nivel cervical, el tumor puede invadir el agujero de conjunción en forma de reloj arena, evocador de un neurinoma.



LOS TUMORES NERVIOSOS EXTRAMEDULARES

El pronóstico es habitualmente bueno después de cirugía. Se diagnostican habitualmente entre cuarenta y cincuenta años.



MENINGIOMA

Afecta más a la mujer que al hombre, su localización más frecuente es dorsal, el tumor fibroso se desarrolla sobre la dura madre en el ligamento dentado. A menudo es polilobular. Empuja y comprime a la médula espinal.



MENINGIOMA

1) SEMIOLOGIA CLINICA:

Se observan signos de compresión medular lenta con escasos dolores dorsales. A nivel lumbar el paciente presenta lumbalgia así como ciatalgias que evolucionan hacia un síndrome de la cola de caballo. La hiperalbuminorraquia es casi constante.



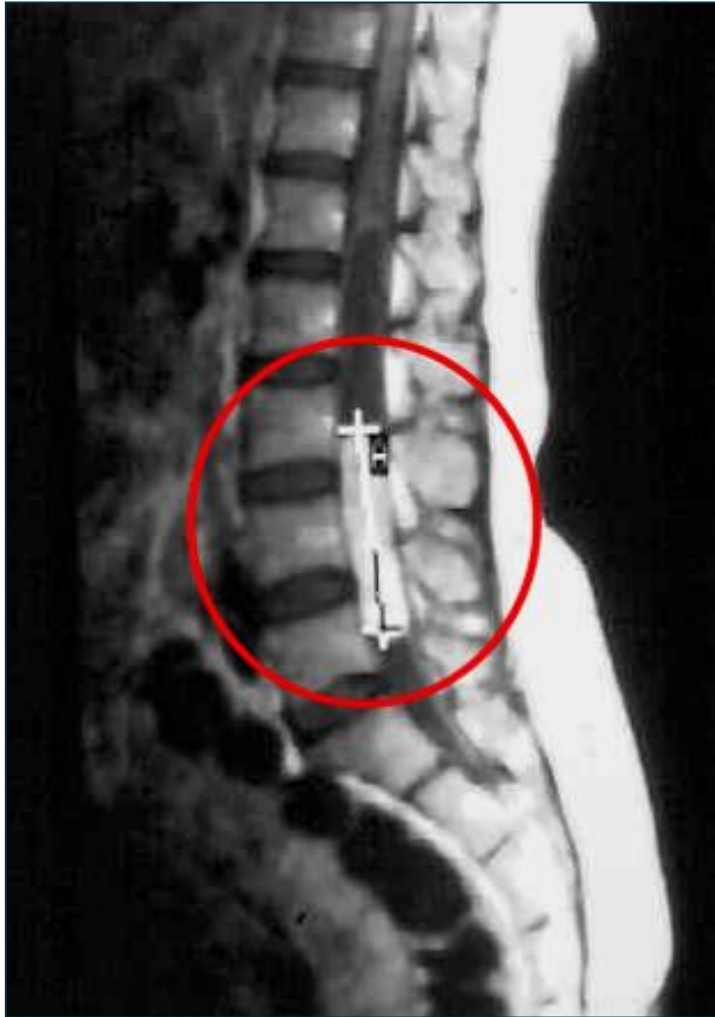
MENINGIOMA

2) SEMIOLOGIA RADIOLOGICA:

Se objetiva el tumor en la mielografía, o bien mediante la resonancia magnética.



LOS TUMORES NERVIOSOS EXTRAMEDULARES



Meningioma desarrollado a partir de una de las raíces lumbares, responsable de una ciática y un síndrome de la cola de caballo

NEURINOMA

El tumor se desarrolla sobre una raíz sensitiva o motriz. Más frecuentemente intradural se extiende verticalmente 3 a 10 cm a lo largo de la médula espinal a la que empuja: su localización es cervical en un 22% de los casos, dorsal en un 50% de los casos y lumbar en un 28% de los casos.



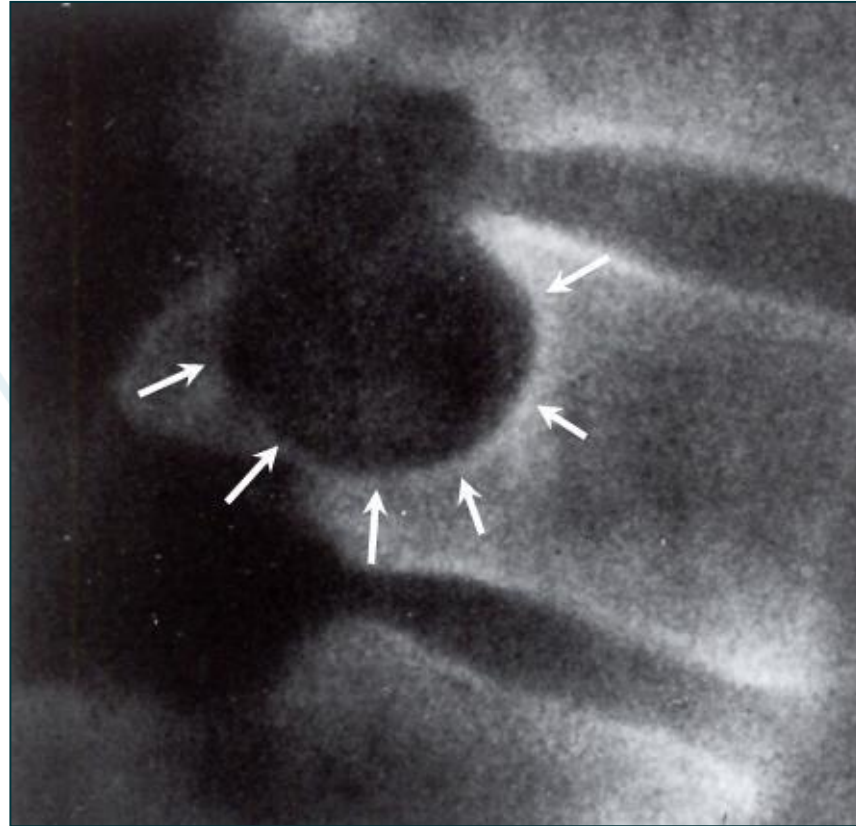
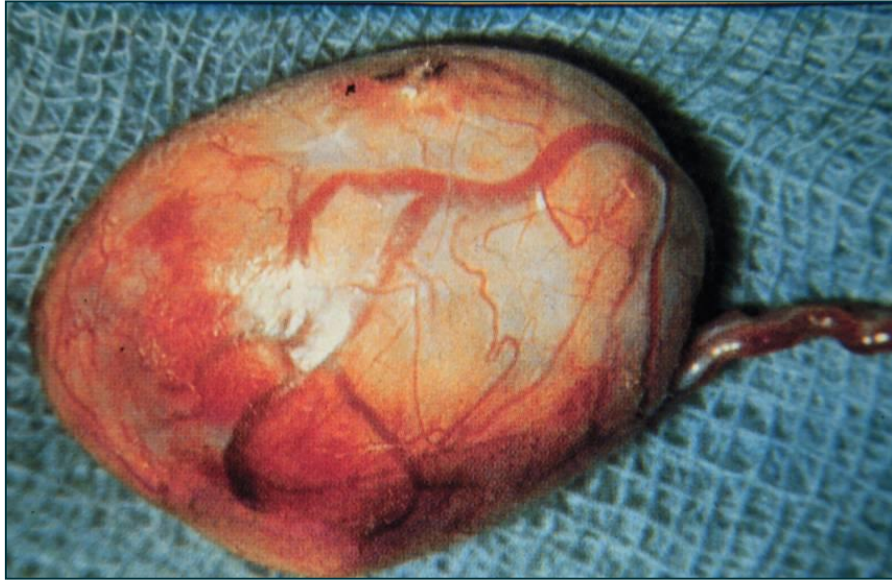
NEURINOMA

1) SIGNOS CLINICOS:

Dolores radiculares: en la columna lumbar las radiculalgias simulan una hernia discal.



NEURINOMA



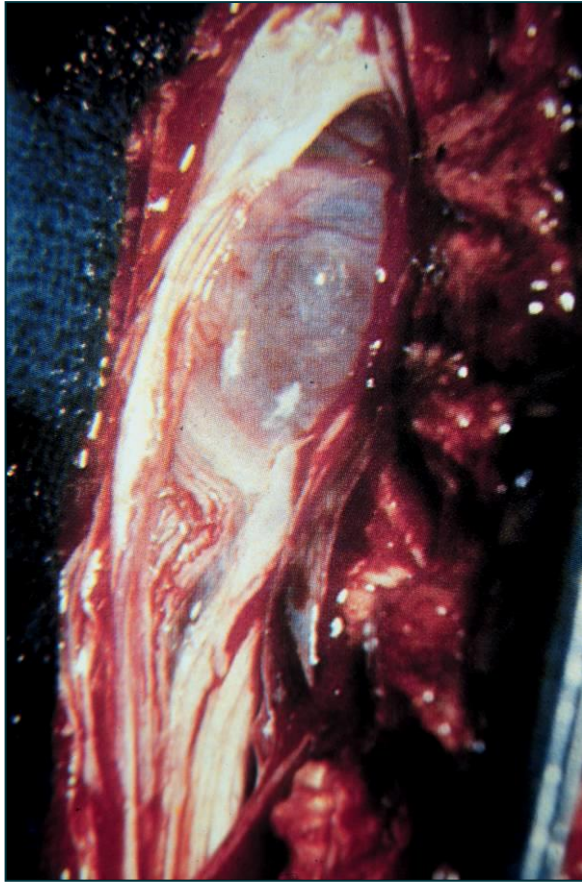
NEURINOMA

2) SIGNOS RADIOLOGICOS:

- La mielografía o la resonancia magnética nuclear muestra el tumor intracanal.
- Cuando el tumor se desarrolla en el agujero de conjunción, la radiografía objetiva un signo patognomónico: el aumento aislado en el tamaño de un agujero de conjunción (aspecto en reloj de arena).



NEURINOMA



Neurinoma de la cola
de caballo



Neurinoma de la raíz S1.



Visita nuestro departamento científico

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DESARROLLO
E INNOVACIÓN

scientific-european-federation-osteopaths.org

