

Tumor intramedular

Historia

La primera resección de un tumor [intramedular](#) se llevó a cabo en 1907 por Anton von Eiselsberg en Viena ¹⁾.

Elsberg fué el primero en conceptualizar la estrategia que el mismo operó y publicó ²⁾.

Propuso realizar la intervención en dos etapas: en la primera se realizaba una [mielotomía](#), la duramadre se dejaba abierta y se cerraba la herida.

La segunda cirugía, aproximadamente 1 semana después, facilitaba la resección.

En la década de 1950, Greenwood desarrolló los instrumentos y un concepto quirúrgico que de alguna manera anticipaba los acontecimientos de la época de la microcirugía.

El papel de la cirugía se convirtió en algo limitado a una laminectomía, descompresión y duraplastia. Sin embargo, el nacimiento de la microcirugía también llevó al desarrollo de estrategias quirúrgicas para la resección, con una menor morbilidad y mayor radicalidad.

Actualmente, las imágenes por resonancia magnética, el láser, microinstrumentos, y neurofisiología intraoperatoria, han mejorado el tratamiento quirúrgico considerablemente.

Epidemiología

Los más frecuentes [astrocitoma medular](#) y [ependimoma medular](#), menos frecuentes dermoide , teratoma lipoma muy raro el neuroma y la metástasis.

En un grupo de 174 pacientes el ependimoma fue el tumor más frecuente (48,9%), seguido del astrocitoma (35,6%).

En pacientes adolescentes, los lugares más frecuentemente afectados son los segmentos cervicotorácico y cono, mientras que los tumores más frecuentes son los tumores del desarrollo neurológico y astrocitomas.

Clasificación

Segun su localización

[Tumor intramedular cervical](#)

Tumor intramedular dorsal.

Tipos histológicos

[Astrocitoma intramedular.](#)

[Ependimoma intramedular.](#)

Miscelánea:

[Glioblastoma intramedular.](#)

[Dermoide intramedular.](#)

[Epidermoide intramedular.](#)

[Teratoma intramedular.](#)

[Hemangioblastoma intramedular](#)

Neuroma

Raros:

[Linfoma intramedular.](#)

Oligodendroglioma

Colesteatoma

Paraganglioma

PNET espinal

Astrocitoma pilomixóide

Ganglioglioma anaplásico

Metástasis

Clínica

De 174, 142 pacientes presentaban trastorno motor y 134 disestesia. Ochenta y ocho tenían alteraciones de esfínter y 100 dolor (Yang 2009).

En una serie de 60 pacientes los hallazgos histológicos variaron desde ependimoma (52,9%), hemangioblastoma (17,6%), cavernoma (14,7%), astrocitoma (8,8%), oligodendroglioma (2,9%) ganglioglioma (2,9%) (Raimund 2010).

Diagnóstico diferencial

Los tumores captan contraste en un 91 % de los 9 % que no lo hicieron fueron astrocitomas.

Lesiones no neoplásicas

Lesiones vasculares

Enfermedad desmielinizante

Mielitis inflamatoria

Mielopatía paraneoplásica

Enfermedades vertebrales

Enfermedades que causan dolores sobre ciertos segmentos (colecistitis, pielonefritis....).

Diagnóstico diferencial

Enfermedades granulomatosas (sarcoidosis, TBC, brucelosis, histoplasmosis)

Enfermedades inflamatorias (mielitis transversa, esclerosis múltiple)

Infecciones bacterianas, micóticas o parasitarias (cisticercosis o actinomicosis)

Lesiones vasculares (amiloidosis o infartos arteriales)

Mielopatía por radioterapia

Pseudotumor inflamatorio de origen desconocido.

Tratamiento

El tratamiento óptimo de los tumores espinales intramedulares es controvertida, ya que tanto la resección como la radioterapia convencional se asocia con morbilidad.

Con el avance de las técnicas microquirúrgicas, la extirpación es más segura y es posible la resección de la mayoría de los tumores.

En la serie de Yang la resección total del tumor fue posible en el 60,9% de los pacientes, la resección subtotal en el 17,2%, y la resección parcial en el 13,8%.

En los pacientes con ependimoma fue posible en el 92,9% de los pacientes, subtotal en el 5,95%, y la resección parcial en el 1,2%.

En astrocitoma de bajo grado de resección total fue posible en el 41,1%, 35,1% subtotal y resección parcial en el 23,2%.

En 6 pacientes con astrocitomas malignos, la resección total fue posible en 1 paciente, la resección subtotal en 2, y la resección parcial en 3.

Los déficits neurológicos había mejorado en el 60,4%, no hubo cambios en 36,2% y deterioro en un 3,4%.

A largo plazo de seguimiento se observó una mejoría en el 70,2%, sin cambios en 19,5%, y deterioro en el 4%.

La recurrencia tumoral en 6,9% (Yang 2009).

La radiocirugía estereotáctica es factible y segura en casos seleccionados y podría llegar a ser otra opción terapéutica:

En siete hemangioblastomas y tres ependimomas recurrentes tratados en cuatro hombres y tres mujeres y varias cirugías previas, así como contraindicaciones médicas a la cirugía con dosis entre 1800 a 2500 cGy (media de 2100 cGy)

No hubo complicaciones graves relacionadas con el tratamiento.

La duración media de seguimiento radiográfico y clínico fué de 12 meses (rango 1-24 meses) (Ryu 2003).

Bibliografía

Raimund F, Nickel S, Hessler C, Regelsberger J, Westphal M, Heese O. Non-Conventional Treatments Sought by Patients after Surgery for Intramedullary Spinal Cord Tumors. *Cen Eur Neurosurg*. 2010 May 21. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 20496309.

Ryu, Stephen I, Daniel H Kim, y Steven D Chang. 2003. Stereotactic radiosurgery for hemangiomas and ependymomas of the spinal cord. *Neurosurgical Focus* 15, nº. 5 (Noviembre 15): E10.

Yang S, Yang X, Hong G. Surgical treatment of one hundred seventy-four intramedullary spinal cord tumors. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2009 Nov 15;34(24):2705-10. PubMed PMID: 19910775.

1)

von Eiselsberg A, Marburg O: Zur Frage der Operabilität intramedullärer Rückenmarkstumoren. *Arch Psychiatr Nervenkr* 59:453-461, 1917.

2)

Towne, E B. 1927. "Neurosurgery: Localization of Tumors of the Spinal Cord." *California and Western Medicine* 27 (1) (July): 88.

From:

<https://neurosurgerywiki.com/wiki/> - **Neurosurgery Wiki**

Permanent link:

https://neurosurgerywiki.com/wiki/doku.php?id=tumor_intramedular

Last update: **2025/03/10 15:11**

