

INSTITUTO DE NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA

Granuloma eosinófilo cervical. Presentación de un caso

Por los Dres.:

ROBERTO SARDINAS HERNANDEZ*, PEDRO CASANOVA SOTOLONGO**
y GUILLERMO CABALLERO POO**

Sardinas Hernández, R.; y otros. *Granuloma eosinófilo cervical. Presentación de un caso.* Rev Cub Ped 57: 1, 1985.

Se presenta el caso de una paciente de cuatro años de edad, a quien se le detecta en un estudio de rayos X de la columna cervical una imagen de osteólisis en forma de cuña. La niña tenía antecedentes de pérdida de peso, astenia y anorexia. El diagnóstico de histiocitosis se estableció por exéresis de la lesión y estudio anatomopatológico. Después de la extirpación del granuloma eosinófilo regresó a su normalidad el cuadro clínico y radiológico. Se hace una revisión de la enfermedad y se señala la necesidad de considerar su diagnóstico ante toda lesión vertebral solitaria en niños y jóvenes.

INTRODUCCION

La reticuloendoteliosis tiene como principales manifestaciones clínicas las lesiones granulomatosas esqueléticas. Se ha descrito tres formas clínicas: la enfermedad de Hand-Schüller-Christian, la de Letterer-Siwe y el granuloma eosinófilo. Actualmente muchos consideran que se trata de una misma entidad con estas variantes anatomoclínicas.¹

El granuloma eosinófilo se caracteriza por tener histiocitos de origen desconocido que crecen en la cavidad medular de los huesos u otros tejidos. Se presenta como un foco único que progresa localmente o se disemina y que puede ser mortal. Aunque no es un proceso hereditario ni infeccioso, tampoco puede ser considerado neoplásico debido a que puede remitir espontáneamente y, además, por su heterogeneidad celular.

-
- * Especialista de II grado en neurología. Subdirector de asistencia médica del INN.
 - ** Especialista de I grado en neurología. Laboratorio de Medicina Aeronáutica de Servicios Médicos de la DAAFAR.
 - *** Especialista de I grado en neurología. Hospital Provincial de Matanzas.

Las lesiones localizadas tienen menos histocitos y más eosinófilos, de ahí su nombre. En los procesos más diseminados (síndromes de Letterer-Siwe o de Hand-Schüller-Christian) la proporción de estas células es inversa, y los histocitos aparecen vacuolados con colesterol en su interior.²

El objetivo de nuestro trabajo es describir un caso con una lesión al nivel de la tercera vértebra cervical diagnosticado como un granuloma eosinófilo.

Presentación del caso

Se trata de una paciente (Y.B.L.) de cuatro años de edad con historia clínica 67193, de la raza negra, con antecedentes de buena salud. Un mes antes de su ingreso (3 de septiembre de 1980) le notaron dificultad para movilizar el cuello, con dolor que aumentaba progresivamente. Se le administraron diferentes tratamientos y al no mejorar se le realizó un estudio de rayos X de la columna cervical, donde se observó una osteólisis en forma de cuña de C3, motivo por el cual se remitió al Instituto de Neurología y Neurocirugía (INN) para su estudio y tratamiento el 19 de agosto de 1980.

La madre refirió, además, pérdida de 10 a 15 libras de peso, astenia y anorexia desde el inicio del cuadro clínico.

Al examen físico en el momento de su ingreso presentaba una contractura antálgica que fijaba al cuello en posición lateral izquierda con inclinación hacia adelante. Los movimientos pasivos del cuello le producían dolor. No se observaron otras alteraciones.

Las investigaciones realizadas mostraron cifras normales de glucemia, fosfatasa alcalina, orina y coagulograma. La serología no fue reactiva. Prueba de Mantoux normal, hemoglobina 11.4 g %, hematócrito 37 vol %, leucocitos 16 500 con 63 % de polinucleares y 37 % de linfocitos.

El líquido cefalorraquídeo (LCR) obtenido por punción lumbar fue claro y transparente, con tensión de 70 mm de agua, cinco células por mm³, 19 mg % de proteínas y Pandy negativo. Las pruebas dinámicas fueron normales. El examen directo con tinta china y el cultivo del LCR (agar sangre, Lowenstein y Saboreaud) no mostraron alteraciones.

El 19 de agosto de 1980 se le realizó radiología de la columna cervical que mostró una deformidad en cuña del cuerpo de C3 con cifosis a este nivel, costilla cervical supernumeraria bilateral (figuras 1 y 2).

Un examen óseo realizado el mismo día fue normal. El 25 de agosto de 1980 se le hizo radiología del tórax con selectiva de vértice que mostró un reforzamiento de la trama del hilio derecho. Un estudio con ultrasonido del abdomen el 27 de agosto de 1980 no evidenció ninguna anomalía.

Desde el punto de vista evolutivo no hubo cambios en el estado de la paciente. Como parte de su tratamiento se le puso un collarín de yeso para evitar fractura vertebral y sección medular.

El 28 de agosto de 1980 se le hizo exéresis de un material de aspecto granuloso dentro del cuerpo vertebral de C3, a través de una incisión

en el tercio superior del cuello, su evolución posquirúrgica fue satisfactoria.

El informe anatomopatológico fue compatible con histiocitosis X (figuras 3 y 4).

En estudios radiológicos evolutivos de la columna cervical realizados durante los ocho meses posteriores a su egreso hospitalario se comprobó una reconstrucción parcial del cuerpo vertebral de C3 (figuras 5a, 5b y 5c).

La paciente muestra una buena recuperación clínica y radiológica evolutivamente durante su seguimiento por consulta.

DISCUSION

El granulograma eosinófilo afecta al cráneo en su bóveda y base de la columna vertebral, pelvis y huesos largos.^{1,3} Es más frecuente entre los cuatro y siete años,² y más común en los varones que en las hembras. Se presenta en el 80 % de los casos por debajo de los 20 años con una presentación como lesión focal, vertebral frecuente (6 % de los pacientes).⁴



Figura 1
Vista anteroposterior de la columna vertebral, donde se observa costilla cervical supernumeraria.



Figura 2
Vista lateral de la columna cervical, donde se observa una deformidad en cuña del cuerpo vertebral de C3 con cifosis a este nivel.

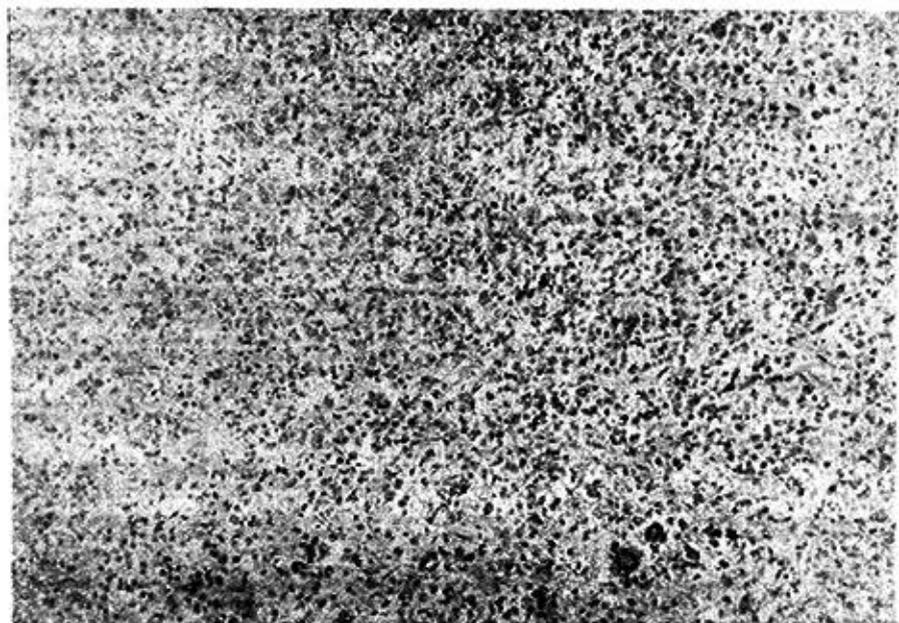


Figura 3

Estudio microscópico del material de la lesión vertebral al nivel de C3 y que muestra abundantes histiocitos con citoplasmas abundantes y algunos con núcleos múltiples que remedan a células multinucleares. Mezclados con estos elementos hay polinucleares, eosinófilos, linfocitos y fibroblastos. Hay extensa área de necrosis (hematoxilina-eosina).

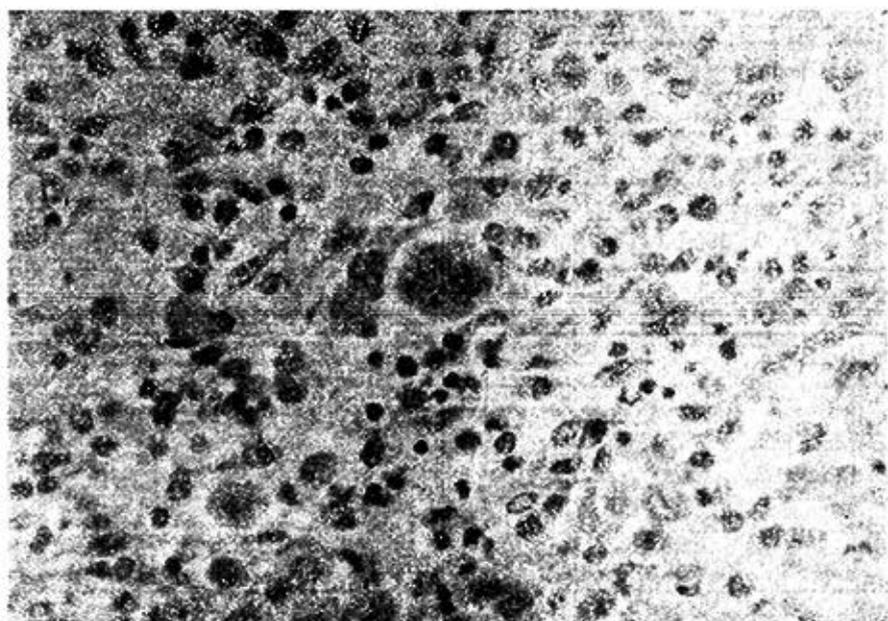


Figura 4

La lámina de la figura 3 a mayor aumento.



Figura 5a

Vista lateral radiológica de la columna cervical que muestra reconstrucción parcial del cuerpo vertebral de C3 con los espacios comprometidos y la presencia de un puente óseo en el contorno anterior que la une con C2 (a los 3 meses).



Figura 5b

Vista lateral radiológica de la columna cervical que muestra reconstrucción parcial del cuerpo vertebral de C3 con los espacios comprometidos y la presencia de un puente óseo en el contorno anterior que la une con C2 (a los 5 meses).

Barroso y colaboradores¹ informaron 30 casos que presentaron histiocitosis X entre los 10 meses y 15 años de edad, 20 de ellos varones, y señalan que el hallazgo clínico más frecuente era el tumor localizado en el sitio de la lesión.

Se ha descrito un paciente de 30 años con lesión en la segunda vértebra cervical.⁵

El examen neurológico es normal aun en casos con colapso vertebral. Se ha informado una paciente con debilidad ligera y parestesias en brazo.⁶

Desde el punto de vista radiológico se afecta la cortical tardíamente y hay poca afectación de los pedículos.

La enfermedad puede extenderse a las vértebras adyacentes, lo que ocurre entre los 12 y 15 meses de evolución.⁶ La imagen esquelética más característica es la de osteólisis.

Hay autores que informan la observación de lesiones al nivel de los cuerpos vertebrales de osteólisis sin aplastamiento o lesiones mixtas de osteólisis, vértebras cuneiformes y planas únicas o múltiples.^{1,7,8}



Figura 5c

Vista lateral radiológica de la columna cervical que muestra reconstrucción parcial del cuerpo vertebral de C3 con los espacios comprometidos y la presencia de un puente óseo en el contorno anterior que la une con C2 (a los 8 meses).

Con relación al tratamiento específico, hay autores que recomiendan curetaje, quimioterapia y radioterapia,⁵ mientras que otros plantean la remisión espontánea de estos casos, generalmente de uno a dos años sin tratamiento a pesar de que la cifosis puede ser un resultado permanente de la curación espontánea de la lesión vertebral.^{2,10}

CONCLUSIONES

La presencia de una lesión osteolítica en columna vertebral, única o múltiple, debe plantearnos la posibilidad, entre otras afecciones, del granuloma eosinófilo, sobre todo en niños y jóvenes por debajo de los 20 años.

SUMMARY

Sardiñas Hernández, N. et al. *Cervical eosinophilic granuloma. Presentation of a case.* Rev Cub Ped 57: 1, 1985.

The case of a 4 year old patient to whom an image of cone shaped osteolysis was detected by X-rays of the spinal cord, is presented. The girl had history of weight loss, asthenia and anorexia. Diagnosis of histiocytosis was determined by exeresis of the lesion and anatomopathologic study. Clinical and radiologic picture returned to normality after extirpation of the eosinophilic granuloma. A review of disease is made, and need to consider its diagnosis in front of any solitary vertebral lesion in children and youngs, is pointed out.

RÉSUMÉ

Sardiñas Hernández, N. et al. *Granulome eosinophile cervical. A propos d'un cas.* Rev Cub Ped 57: 1, 1985.

Il s'agit d'une patiente âgée de quatre ans chez laquelle une étude de rayons X de la colonne cervicale a révélé une image d'ostéolyse en forme de coin. La fillette avait des antécédents de perte de poids, asthénie et anorexie. Le diagnostic d'histiocytose a été posé par exérèse de la lésion et par étude anatomo-pathologique. Après l'extirpation du granulome eosinophile, le tableau clinique et radiologique est revenu à la normalité. Une revue est faite de la maladie, et on signale le besoin de tenir compte de son diagnostic devant toute lésion vertébrale solitaire chez des enfants et des jeunes.

BIBLIOGRAFIA

1. Barroso, E. y colaboradores: Histiocitos X. Manifestaciones óseas en el niño. Rev Cub Ped 43 (4): 383-396, 1971.
2. Nelson, W. E. y colaboradores: Tratado de pediatría, 6ta ed., Barcelona, Ed. Salvat, 1975.
3. Miller, C. y colaboradores: Eosinophilic granuloma of the base of the skull. J Neurosurg 49: 464-466, 1978.
4. Lieberman, P. H. y colaboradores: A reappraisal of eosinophilic granuloma of bone, Hand-Schüller-Christian syndrome and Letterer-Siwe syndrome. Medicine 48: 375-400, 1969.
5. Fegueron, L.; Ch. M. M. Shafiro: Eosinophilic granuloma of the second cervical vertebra. Surg Neurol 11 (6): 435-437, 1979.
6. Chacha, P. B.; B. T. Khong: Eosinophilic granuloma of bone. A diagnostic problem. Clin Orthop 80: 79-88, 1971.
7. Caulhoun, J. D.; S. Thompson: Vertebra plana in children produced by xantomatosis disease. Am J Roentgen 82 (3): 482-489, 1959.
8. Comper, E. T. et al.: Vértebra plana (calves disease) due to eosinophilic granuloma. J Bone Joint Surg 36-A: 969-980, 1954.
9. Sauchis-Olmos, L.: Granuloma eosinófilo múltiple de la columna vertebral (Histiocitosis X en 3 cuerpos vertebrales) Rev Ort Traum (Madrid) 2: 301-304, 1957.
10. Fowles, J. V.; W. P. Bobech: Solitary granuloma in bone. J Bone Joint Surg 52-B: 238-243, 1970.

Recibido: 2 de mayo de 1981.

Aprobado: 4 de junio de 1984.

Dr. Norberto Sardiñas Hernández
Instituto de Neurología y Neurocirugía
Calle 29 y D
Vedado, Ciudad de La Habana,
Cuba.