

J. Caso Martínez<sup>1</sup>, L. Arranz Arana<sup>2</sup>

*An Esp Pediatr* 1998;49:177-178.

El tortícolis es una inclinación viciosa de la cabeza y del cuello producida por causas diversas, inclinándose el cuello hacia el lado de la lesión y con rotación en sentido contrario.

Se presenta en este artículo un caso producido por una tumoración en axis, con características radiológicas de osteocondroma y su diagnóstico diferencial con otros tumores en esta localización, con un seguimiento de cuatro años.

### Caso clínico

Niña de 10 años que presenta dolor en cuello de 2 años de evolución, con 6 episodios al año que ceden con tratamiento tópico y no interfieren su vida normal. No presenta antecedentes clínicos de interés, salvo hipermetropía tratada con lentes correctoras.

En la exploración destaca la lateralización del cuello hacia la izquierda con contractura muscular leve. El resto de exploraciones rutinarias es normal, así como la hematimetría, PCR y VSG. La exploración de fondo de ojo y campos visuales es normal, así como la exploración de tracto digestivo superior.

La Rx de columna cervical muestra inclinación lateral y rotación en relación a aumento de masa lateral izquierda en C2 (Fig. 1). La exploración neurológica y TAC craneal es normal. Se realiza gammagrafía ósea con Tc-99 apreciándose acúmulo patológico del radiofármaco en lado izquierdo de vértebras cervicales superiores.

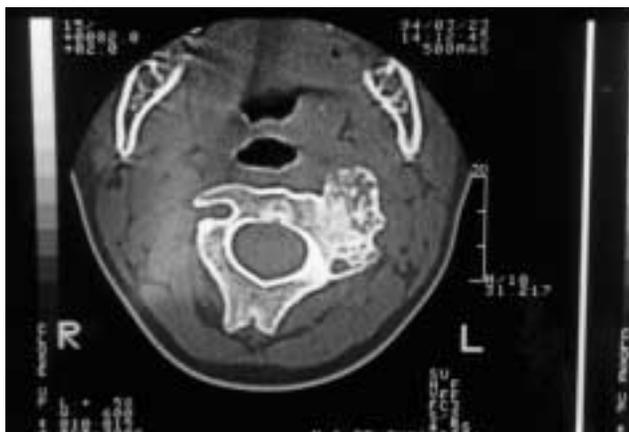
Se realiza RM de columna cervical apreciándose hipertrofia de arco lateral izquierdo de C2 que desplaza las arterias carótida interna y vertebral. Se realiza TAC de dicha zona, apreciándose gran exostosis de cuerpo vertebral, macizo articular y apófisis transversa de C2, que se continúa con la cortical vertebral, y con un margen periférico de zonas líticas con pérdida de definición cortical que sugieren un componente cartilaginoso. La exostosis no afecta a canal neural (Fig. 2).

Se establece el diagnóstico radiológico de osteocondroma vertebral, no realizándose punción-biopsia por la proximidad de las arterias carótida y vertebral. No se realiza resección-biopsia, dado que obligaría a una artrodesis C1-C3 con la consiguiente

## Tortícolis recidivante por osteocondroma cervical. Presentación de un caso y revisión de la literatura



**Figura 1.** Radiografía de columna cervical donde se aprecia el aumento de masa lateral izquierda de C2.



**Figura 2.** TAC de C2 con exostosis osteocartilaginosa a partir de cuerpo y masa lateral izquierda compatible con osteocondroma.

pérdida de rotación cervical. Esta intervención se realizaría si existiesen cambios en la sintomatología o en los controles radiológicos. Tras tres años de seguimiento permanece asintomática sin cambios radiológicos.

### Discusión

El tortícolis es una afección frecuente en la infancia que obliga a realizar un diagnóstico diferencial entre las diferentes etio-

<sup>1</sup>Servicio de Traumatología. <sup>2</sup>Servicio de Pediatría Hospital de Zumárraga, Guipúzcoa.

Correspondencia: J.Caso Martínez. Servicio de Traumatología. Hospital de Zumárraga. Bº1 Argixao s/n. Zumárraga 20700. Guipúzcoa.

Recibido: Noviembre 1997

Aceptado: Abril 1998

logías entre las que se encuentran los tumores localizados en vértebras cervicales, tanto primarios, como metastásicos<sup>(1-12)</sup>.

A nivel cervical la clínica que origina un tumor es la compresión de estructuras vecinas, provocando compromisos vasculonerviosos o alteraciones de la movilidad cervical, bien directamente por interferencia articular o por contractura muscular<sup>(5)</sup>.

Los tumores primarios más frecuentes de localización cervical son el osteocondroma, el osteoma osteoide, el osteoblastoma, el quiste óseo aneurismático, el tumor de células gigantes, el hemangioma y el granuloma eosinófilo<sup>(5)</sup>. Salvo el osteocondroma estos tumores presentan habitualmente un patrón radiológico lítico. El osteocondroma en vértebras muestra un crecimiento óseo de base amplia con recubrimiento cartilaginoso.

El osteocondroma es el tumor óseo benigno más frecuente, diagnosticándose entre los 10-20 años, siendo la incidencia igual en hombres y mujeres. Puede originarse en cualquier hueso preformado de cartílago, localizándose la mayoría en huesos largos y ocasionalmente en huesos planos<sup>(6,10)</sup>, siendo excepcional en columna vertebral<sup>(11)</sup>.

El diagnóstico definitivo es el microscópico mediante punción biopsia o biopsia a cielo abierto, que no debe ser realizado en caso de un tumor de características radiológicas benignas si no compromete a estructuras vecinas, especialmente canal neural<sup>(5)</sup>.

La indicación quirúrgica de exéresis tumoral está indicada si provoca compresión en las estructuras vecinas o presenta cambios radiológicos que hagan sospechar su malignización, que en el caso del osteocondroma solitario es menor del 0,25%<sup>(10)</sup>. En el caso presentado no está indicada la resección, dado que no compromete a estructuras vecinas y el tortícolis que presenta cede con tratamiento tópico y no interfiere una vida normal. La resección tumoral supondría, probablemente, tener que realizar tras la resección una artrodesis de primera a tercera vértebras cervicales, lo que supondría una pérdida del 50% de la rotación cervical.

Tras un seguimiento de cuatro años ha disminuido la frecuencia de los episodios de contractura y no ha experimentado cambios radiológicos.

## Bibliografía

- 1 Behrman RE y Kliegman RM: Tortícolis adquiridas En Nelson. Tratado de Pediatría. 15ª Edición. Madrid. Interamericana-McGraw Hill, 1992:2430-2431.
- 2 Cohn RS and Fielding JW: Osteochondroma of the cervical spine. *J Pediatr Surg* 1986; **21**:997-998.
- 3 Czorny A; Berchet TH; Coudane H; Auque J and Montaut J: L'Osteochondrome solitaire rachidien. Apropos de 4 cases. *Neurochirurgie* 1986; **31**:303-306.
- 4 Fielding KA and Ratzan S: Osteochondroma of the spine. *J Bone Joint Surg* 1973; **55-A**:640-641.
- 5 Friedlaender GE and Southwick WO: Tumores de la columna vertebral. En Rothmann-Simeone. La columna vertebral. 2ª Edición. Barcelona. Panamericana, 1986:1073-1091.
- 6 George B; Atalla A; Laurian C; Tayon B and Mikol J: Cervical osteochondroma (C2 level) with vertebral artery occlusion and second cervical root irritation. *Surg Neurol* 1989; **31**:459-461.
- 7 Inglis A; Rubin RM and Villacin A: Osteochondroma of the cervical spine. *Clin Orth* 1977; **126**:127-128.
- 8 McAffe PC; Bohlman HH; Lee HR; Robinson RA; Sothwick RA and Nachas NE: The anterior retropharyngeal approach to the upper part of the cervical spine. *J Bone Joint Surg* 1987; **69(A)**:1371-1373.
- 9 Novick GS; Paulov H and Bullough PG: Osteochondroma of the cervical spine. Report of two cases in preadolescent males. *Skeletal Radiol* 1982; **8**:13-16.
- 10 Tachdjian: Tumors and tumorous conditions of bone. En *Pediatrics Orthopedics*. 2nd Edition. Philadelphia. WB Saunder Company, 1990:1163-1171.
- 11 Toboul E; Khelif A and Guerin RA: Les tumeurs primitives du rachis aspect oncologique initial: epidemiologie, classification anatomopronostique et therapeutique. *Neurochirurgie* 1989; **35**:312-314.
- 12 Turek S: Tortícolis. En *Ortopedia: principios y aplicaciones*. 1ª Edición. Barcelona: Salvat, 1982:930-932.
- 13 Wu KK and Guise ER: Osteochondroma of the atlas. A case report. *Clin Orth* 1978; **136**:160-162.