

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
"Dr. RAÚL DORTICÓS TORRADO"
HOSPITAL PROVINCIAL CLÍNICO QUIRÚRGICO/UNIVERSITARIO
"Dr. Gustavo Aldereguía Lima"

Presentación de Caso. Metástasis Cervical.



Autores

Dra. Lidia Andrea Revuelta Monje

Dr. Jorge Luis Acevedo Cardoso.

Dra. Tamara Libertad Garcia.

Dr. Ernesto Castro.

Servicio de Neurocirugía.

CIENFUEGOS

2021

«Año 63 de la Revolución»

Introducción

La afectación metastásica de la columna vertebral y de la médula es una complicación frecuente y devastadora del cáncer diseminado y constituye el 55% de todas las neoplasias raquídeas. La consecuencia principal de estas metástasis es la compresión epidural de la médula espinal. Por tanto, la compresión metastásica de la médula espinal constituye una urgencia en la que una acción inmediata puede a menudo restablecer, reducir al mínimo o evitar una lesión neurológica permanente. Los tumores primarios que con frecuencia producen metástasis son los carcinomas de pulmón, de mama, próstata, riñón y linfoma. La columna dorsal es la localización más frecuente (70%), luego la lumbosacra (20%) y cervical (10%) ⁽¹⁾.

Las metástasis afectan a los cuerpos vertebrales y comprimen la médula en sentido antero-posterior. Es axiomático que todo paciente con cáncer que presente dolor de nueva aparición sufre una metástasis raquídea mientras no se demuestre lo contrario. El dolor suele preceder en días, semanas o meses a los signos neurológicos por lo que es necesario un diagnóstico precoz antes de que las funciones neurológicas sean irreversibles. La existencia de metástasis óseas es un hecho común en los pacientes con cáncer. El 80% de las metástasis ocurren en el esqueleto axial y ello supone un compromiso precoz de la columna y pelvis. Las metástasis óseas, y en especial las de columna, pueden tener un efecto devastador en la calidad de vida del paciente ya que, en la mayor parte de los casos, el dolor es un síntoma implacable y puede ocasionar inmovilidad y disminución significativa de las actividades cotidianas, sobre todo si además existe fractura patológica.

Historia de la enfermedad actual

MI: Dolor cervical

Paciente del sexo masculino de 79 años de edad, procedencia rural, con antecedentes patológicos personales de HTA hace más de 10 años con tratamiento de Captopril (25mg) 1 tableta cada 8 horas, cardiopatía isquémica hace 4 años con tratamiento de nitrosorbide(10mg) 1 tableta cada 8 horas, operado de una hiperplasia benigna de próstata hace 3 años, por lo que hace 1 mes (abril 2021) comienza con un cuadro clínico de dolor cervical, contracción muscular por lo que es visto por el servicio de Neurocirugía se decide ingreso en el Hospital HGAL para mejor estudio y tratamiento del caso.

Examen físico:

Paciente consciente, orientado en tiempo, espacio y persona, cervicalgia, contracción muscular cervical, tortícolis. Escala de Glasgow para coma de 15 puntos, pupilas reactivas a la luz.

Examen físico

Piel y mucosas: Húmedas e hipocoloreadas.

Tejido celular subcutáneo: No infiltrado.

Aparato respiratorio: Murmullo vesicular disminuido en ambos campos pulmonares, no se constata crepitantes, ligero tiraje intercostal, disnea.

Frecuencia Respiratoria: 24 por minuto.

Aparato Cardiovascular: Ruídos cardiacos presentes, soplo mitral III/VI, pulsos periféricos presentes.

Frecuencia Cardiaca: 87 por minuto.

Tensión arterial: 130/80mmHg

Abdomen: Suave, depresible, no T, no visceromegalia, ruidos hidroaéreos reservados.

Sistema Nervioso Central: Paciente, consciente, orientado en tiempo, espacio y persona, cervicalgia, contracción muscular cervical, tortícolis. Escala de coma de Glasgow para coma de 15 puntos, pupilas isocóricas reactivas a la luz, no defecto motor.

Estudios complementarios:

Hb 9gr/L Eritro: 86

Creatinina: 66

Glicemia: 5.6 mmol/L

TAC de tórax: Se constata imágenes nodulares en ambos campos pulmonares, adenopatías mediastínicas.

RM de cervical: Se constata imágenes osteolíticas en C1-C3.

Gammagrafía ósea: Positiva.

Tratamiento Neurocirugía: Paliativo- Analgesia (Órtesis permanente).

Oncológico: Paliativo, seguimiento consulta oncológica de lesiones de pulmón.

Tras el hallazgo de la lesión tumoral pulmonar se realiza interconsulta al servicio de Neumología que realiza fibrobroncoscopia con toma de biopsia que da como diagnóstico carcinoma de células escamosas. Con los resultados obtenidos se realiza interconsulta a Oncología que recomiendan comenzar tratamiento combinado RT+QT.

Resumen Sindrómico: Síndrome doloroso cervical

Diagnóstico Nosológico: Metástasis Cervical.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

1.-No pensamos que se trate de una Hernia Discal Cervical ésta se caracteriza porque suele aparecer en sujetos jóvenes, clínicamente se caracteriza como una cervicobraquialgia aguda, con el dolor irradiado por el territorio correspondiente a la raíz comprimida, el dolor suele ser muy intenso, suele aumentar al toser, o con las maniobras que aumentan la tensión venosa, o a la movilización de la columna cervical, no es el caso.

2.- No pensamos que se trate de un Latigazo cervical ya que no se recoge antecedentes de trauma cervical, ésta se caracteriza por cuadro de cervicalgia, contracción muscular cervical, pérdida de fuerza muscular de miembros superiores no es el caso.

3.-No pensamos que se trate de una mielopatía cervical ya que ésta se caracteriza por un cuadro de cervicalgia, contracción muscular cervical, cuadriparesia, cuadriplejía, hiperreflexia patelar bilateral, clonus no es el caso.

4.- No pensamos que se trate de una espondilolisis Clínicamente predomina el dolor acompañado de signos radicales en el dermatoma más afectado, generalmente entre C-5 y C-6 o C-6 y C-7. La compresión de las raíces en el agujero de conjunción produce debilidad, atrofia y arreflexia segmentarias en el miembro superior; la compresión medular, en cambio, da lugar a hiperreflexia, hipertonía, afectación de la sensibilidad vibratoria y respuesta cutáneo-plantar extensora en miembros inferiores, no es el caso.

Conclusiones

Las metástasis son los tumores más frecuentes a nivel de la columna vertebral, en cuanto localización la metástasis cervical constituye solo el 10%. Generalmente afectan primero al cuerpo vertebral y pedículos, respetando los discos. La causa más frecuente en la mujer es el cáncer de mama y en el varón el cáncer pulmón seguido del de próstata ⁽²⁾. La mayor parte de las metástasis son osteolíticas, pero necesitan producir una destrucción vertebral; 30% para que se evidencien en la radiografía simple. Por ello la prueba de elección es la RMN, ya que permite diferenciarlos de los procesos infecciosos y valorar la afectación de partes blandas adyacentes y del canal medular. El tratamiento siempre ha de ser decidido por una comisión de tumores y en el caso de la enfermedad metastásica es habitualmente paliativo. La radioterapia es el tratamiento principal en las metástasis de los tumores radiosensibles ya que consigue aliviar el dolor y reducir la masa tumoral ⁽³⁾.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. - Anick Nater and Michael G. Fehlings. Assessment and Treatment of Metastatic Spinal Lesions. Youmans 2017- Elsevier.
- 2.- Ciftdemir M et al. Tumors of the spine. World J Orthop 2016. 7(2):109-16.
- 3.- Marín D, Puyalto M , Molinedo QP, Alonso V De Armiño Tumor Metastático Cervical en pacientes con cervicalgia crónica. Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología.