

## Caso clínico de síndrome de destrucción vertebral

Felipe De Jesús Ixta-Mejía\*

### RESUMEN CLÍNICO

Paciente femenina de 60 años de edad, la cual inicia con dolor en región posterior del cuello tipo opresivo con irradiación a ambas extremidades superiores; el dolor cede con reposo y es de predominio diurno; dos semanas después se agregan parestesias y disminución en la fuerza de extremidades inferiores, acude con facultativo quien realiza movilización activa y forzada de zona cervical y tracción cefálica, por lo que mejora momentáneamente; sin embargo, se agrega debilidad de extremidades inferiores y dificultad para la deambulaci3n.

Tiene antecedentes de madre diabética, padre finado por insuficiencia renal cr3nica, tres hermanos con hipertensi3n arterial sistémica, hermana con c3ncer de colon de reciente diagn3stico. Sus antecedentes personales patol3gicos incluyen metrorragias por miomatosis uterina desde hace 10 a3os en tratamiento con legrados uterinos instrumentados; niega otros antecedentes de inter3s; valorada a su llegada al hospital en la que la exploraci3n f3sica corrobora dolor a la palpaci3n en regi3n posterior del cuello con contractura de m3sculos paravertebrales, limitaci3n de arcos de movimiento por dolor, fuerza muscular 4/5 en extremidades superiores; con un grado 3 de la Japanese Orthopaedic Association scale (JOA), no d3ficit sensitivos, extremidades inferiores; fuerza 4/5, con un grado 3 de la JOA; no d3ficit sensitivos.



Figura 1. Radiografía lateral columna cervical.

\* Cirujano Ortopédico.

Direcci3n para correspondencia:  
Dr. Felipe De Jes3s Ixta-Mejía  
Calle Cop3n N3 20, Col. Monumental, 44320, Guadalajara, Jalisco, M3xico.  
Correo electr3nico: doctorfelipeixta@gmail.com

Este art3culo puede ser consultado en versi3n completa en <http://www.medigraphic.com/orthotips>



**Figura 2.** Resonancia magnética nuclear corte sagital de la columna cervical.



**Figura 3.** Radiografía lateral de columna cervical postoperatoria.

Se le solicitan radiografías anteroposterior y lateral de cuello (*Figura 1*) donde se observa lisis del cuerpo vertebral de C4, lo que condicionó una fractura acunamiento de dicho cuerpo. En la fase de T1 de la resonancia magnética nuclear (RMN) (*Figura 2*) destaca la aparición de lesión única lítica del cuerpo vertebral de C4 que respeta disco intervertebral y comprime 40% del canal medular. Entre los exámenes de laboratorio destacan: biometría hemática sin elevación de leucocitos, no neutrofilia ni aparición de bandas; velocidad de sedimentación: elevada; proteína C reactiva: elevada; fosfatasa ácida: elevada; reacciones febriles, bacilo ácido alcoholresistente (BAAR), hemocultivos y urocultivos seriosos negativos.

Una vez completo el protocolo se le realiza una corpectomía anterior de C4, liberación de fragmentos del canal medular, además de toma y aplicación de injerto tricortical de cresta iliaca, misma que se fija con una placa cervical anterior de seis orificios con cinco tornillos de 4 x 12 mm (*Figura 3*); se reporta el contenido del cuerpo vertebral grueso grisáceo, mismo que se envía a análisis histopatológico.

La paciente evoluciona de manera satisfactoria en el postquirúrgico y se observa aumento de la fuerza muscular, por lo que mejora la deambulación; también el dolor va desapareciendo. Acude a su control en la consulta externa para retiro de puntos y recabar el resultado del examen histopatológico, el cual reporta células poco diferenciadas de carcinoma ductal infiltrante de mama. Se envía la paciente a Oncología médica, donde se corrobora diagnóstico de carci-

noma de mama en estadio IV fuera de tratamiento quirúrgico, por lo que inician 12 ciclos de quimioterapia combinada; la paciente inicia luego con metástasis a pulmón y sistema nervioso central y fallece seis meses después de la cirugía de columna cervical.

#### PREGUNTAS SOBRE CASO CLÍNICO DE SÍNDROME DE DESTRUCCIÓN VERTEBRAL

1. ¿Cuál es la vía de diseminación de células malignas a la columna cervical?
2. ¿Cuáles son las indicaciones de cirugía para lesiones metastásicas en la columna cervical?
3. ¿Cuáles son las vías de abordaje quirúrgico más utilizadas en la columna cervical para tratamiento de lesiones metastásicas?
4. ¿Cuáles materiales de reconstrucción son nuestras opciones en la estabilización y liberación de la columna cervical con lesiones metastásicas?
5. ¿Qué porcentajes de metástasis han sido reportados por región anatómica de la columna?