

Respuestas al caso clínico sobre el síndrome de destrucción vertebral

Publicado en *Orthotips AMOT*; 2013; 9(3): 214-216.

Felipe De Jesús Ixta Mejía*

1. A través del drenaje venoso en el plexo de Batson de la región torácica superior.
2. Como primera causa, dolor intratable, recurrente o que no cede con terapia oncológica; compresión del canal medular con déficit neurológico, inestabilidad mecánica, crecimiento rápido de tumores radiorresistentes, tumor primario desconocido que amerita diagnóstico histopatológico.
3. En general, depende mayormente de que la lesión metastásica sea anterior o posterior; también del segmento involucrado; en la región occipitocervical se prefiere la vía posterior; en la columna subaxial la vía anterior es utilizada hasta en 66%; en la unión cervicotorácica, los abordajes posterolaterales son los más utilizados.
4. Injerto de hueso autólogo, injerto de hueso de cadáver, polimetilmetacrilato, tubos de silastic, espaciadores intervertebrales, jaulas de malla de titanio y cajas cervicales expandibles son algunos de los métodos de reconstrucción disponibles para la columna cervical.
5. Para la región torácica, alrededor de 70%, así como 20% para la región lumbar y sacra; únicamente 10% para la región cervical.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hatrick NC, Lucas JD, Timothy AR, Smith MA. The surgical treatment of metastatic disease of the spine. *Radiother Oncol.* 2000; 56: 335-339.
2. Sciubba DM, Gokaslan ZL. Diagnosis and management of metastatic spine disease. *Surg Oncol.* 2006; 15: 141-151.
3. Coleman RE, Roodman GD. Clinical features of metastatic bone disease and risk of skeletal morbidity. *Clinical Cancer Research.* 2006; 12 (20): 6243s-6249s.
4. Roodman GD. Mechanisms of bone metastasis. *The New England Journal of Medicine.* 2004; 350 (16): 1655-1698.
5. Sayama CM, Schmidt MH, Bisson EF. Cervical spine metastases: techniques for anterior reconstruction and stabilization. *Neurosurg Rev.* 2012; 35 (4): 463-474.

* Cirujano Ortopédico.

Dirección para correspondencia:

Dr. Felipe De Jesús Ixta Mejía

Calle Copán No. 20, Col. Monumental, 44320, Guadalajara, Jalisco, México.

Correo electrónico: doctorfelipeixta@gmail.com

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

6. Maccauro G, Spinelli MS, Mauro S, Perisano C, Graci C, Rosa MA. Physiopathology of spine metastasis. *Int J Surg Oncol*. 2011; 2011: 107969. doi: 10.1155/2011/107969.
7. Delank KS, Wendtner C, Eich HT, Eysel P. The treatment of spinal metastases. *Dtsch Arztebl Int*. 2011; 108 (5): 71-79.
8. Liu JK, Apfelbaum RI, Chiles BW, Schmidt MH. Cervical spinal metastasis: anterior reconstruction and stabilization techniques after tumor resection. *Neurosurg Focus*. 2003; 15; 15 (5): E2.
9. Coleman RE, Roodman, Smith, Body, Suva, Vessella. Clinical features of metastatic bone disease and risk of skeletal morbidity. *Clinical Cancer Research*. 2006; 12 (20): 6243s-6249s.
10. Mundy GR. Metastasis to bone: causes, consequences and therapeutic opportunities. *Nature Reviews Cancer*. 2002; 2 (8): 584-593.
11. Batson OV. The role of the vertebral veins in metastatic processes. *Annals of Internal Medicine*. 1942; 16: 38-45.
12. Setzer M, Eleraky M, Johnson WM, Aghayev K, Tran ND, Vrionis FD. Biomechanical comparison of anterior cervical spine instrumentation techniques with and without supplemental posterior fusion after different corpectomy and discectomy combinations. *J Neurosurg Spine*. 2012; 16 (6): 579-584.
13. Castellvi AE, Castellvi A, Clabeaux DH. Corpectomy with titanium cage reconstruction in the cervical spine. *J Clin Neurosci*. 2012; 19 (4): 517-521.