

# CIRUGÍA DE LA METÁSTASIS VERTEBRAL AISLADA MEDIANTE LA TÉCNICA DE ESPONDILECTOMÍA EN BLOQUE

García Carmona M, Bravo Aguilera C, Serrano Rivas M.

UGC Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba, España).

## 1 Introducción

Las metástasis óseas constituyen la tercera localización más frecuente de metástasis tras pulmón e hígado. Dentro de las metástasis óseas, las vertebrales son las más frecuentes, asentando en torno al 60-70% de ellas en la columna torácica y en alrededor del 15-30% en la columna lumbar.

El objetivo de la intervención quirúrgica será prolongar la supervivencia y/o mejorar la calidad de vida del paciente, previniendo o restaurando el déficit neurológico y aliviando el dolor.

## 3 Método

Presentamos el caso de una paciente de 63 años, con antecedente de mastectomía hace 15 años por carcinoma ductal infiltrante, seguido de 6 ciclos de quimioterapia y posterior reconstrucción con prótesis mamaria. En seguimiento anual por oncología, libre de enfermedad.

Acude a urgencias por cuadro de dolor atraumático en zona lumbar derecha irradiado a abdomen de dos meses de evolución, asociado a pérdida de 5 kilos de peso en los últimos dos meses. La exploración neurológica no demostró ningún hallazgo significativo, con fuerza 5/5 en todos los grupos musculares y reflejos osteotendinosos presentes. La sensibilidad táctil y termoalgésica estaban conservadas, así como el control de esfínteres.

Se realizaron radiografías simples en urgencias, donde se apreciaba un borramiento del pedículo derecho de T11 sin fractura asociada. Se decidió completar el estudio con una TAC de tórax, abdomen y pelvis, apareciendo una lesión lítica única en apófisis espinosa, lamina, cuerpo vertebral y apófisis transversa de T11, sin invasión de canal, compatible con metástasis.

Se amplió el estudio con gammagrafía ósea y SPECT (Fig. 1), marcadores tumorales y RMN, apreciándose una elevación de marcadores tumorales (antígenos ca-125 y carcinoembrionario) y poniendo de manifiesto una lesión intracompartimental a nivel de T11 (tipo 3 según la clasificación de Tomita).

Tras el diagnóstico y estadificación de la lesión, las escalas pronósticas de Tokuhashi y Tomita arrojaron unas puntuaciones de 13 y 2 puntos respectivamente, por lo que la paciente fue considerada candidata a una cirugía oncológica.

Previa embolización con partículas de PVA se realizó una espondilectomía T11 en bloque según técnica de Tomita (Fig. 2) y reconstrucción con caja de Boriani e instrumentación T8 – L2 (Fig. 3)

## 2 Objetivo

Presentar el diagnóstico, tratamiento y resultados de un caso de metástasis aislada a nivel de T11 de un Ca. mama tratado mediante resección oncológica según la técnica de espondilectomía en bloque descrita por Tomita.

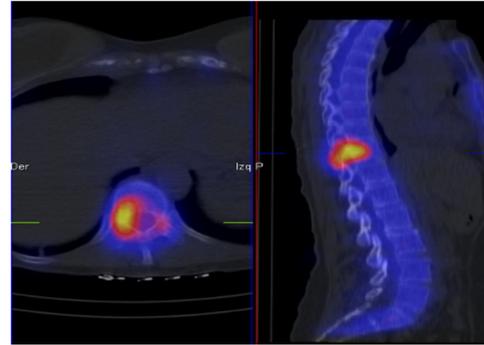


Fig. 1: Imagen de SPECT en el que se puede apreciar una hipercaptación a nivel de la vértebra T11



Fig. 2: Pieza quirúrgica (vértebra T11) tras realizar la espondilectomía en bloque



Fig. 3: Radiografía simple lateral de columna realizada al año de la intervención

## 4 Resultados

La evolución postoperatoria fue favorable y sin complicaciones, comenzando la deambulación a partir del cuarto día, asistida con un corsé tipo Knight, siendo dada de alta en el séptimo día postoperatorio.

La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de metástasis de adenocarcinoma mucinoso de mama (variante poco frecuente de carcinoma ductal infiltrante), por lo que fue sometida a radioterapia local y tratamiento con tamoxifeno por oncología, continuando cuatro años después de la cirugía sin signos de recidiva de la enfermedad.

## 5 Conclusiones

El tratamiento de las metástasis vertebrales es controvertido, existiendo en la literatura múltiples estrategias de tratamiento, basándose la mayoría de ellas en dos aspectos fundamentales: la estabilidad mecánica de la columna, y el pronóstico del paciente.

Las escalas pronósticas más ampliamente usadas son las descritas por Tokuhashi y Tomita, las cuales constituyen una guía útil para identificar aquellos pacientes que no se benefician de la cirugía, así como la estrategia quirúrgica a seguir.

## 6 Bibliografía

1. Zoccali C, Skoch J, Walter CM, Torabi M, Borgstrom M, Baaj AA. The Tokuhashi score: effectiveness and pitfalls. Eur Spine J. marzo de 2016;25(3):673-8.
2. Fan Y, Zhou X, Wang H, Jiang P, Cai S, Zhang J, et al. The timing of surgical intervention in the treatment of complete motor paralysis in patients with spinal metastasis. Eur Spine J. diciembre de 2016;25(12):4060-6.
3. Tomita K, Kawahara N, Kobayashi T, Yoshida A, Murakami H, Akamaru T. Surgical strategy for spinal metastases. Spine. 2001;26(3):298-306.
4. Ivanishvili Z, Fournier DR. Incorporating the Spine Instability Neoplastic Score into a Treatment Strategy for Spinal Metastasis: LMNOP. Glob Spine J. junio de 2014;4(2):129-35.
5. Tokuhashi Y. Scoring system for prediction of metastatic spine tumor prognosis. World J Orthop. 2014;5(3):262.

