

Metástasis vertebral

Cuando se produce una [metástasis](#) espinal, el cuerpo vertebral es el mas precozmente afectado ([Plexo de Batson](#)).

Epidemiología

La [región lumbar](#) es la más afectada, seguida de la torácica, cervical y sacra.

El 75% se originan de carcinomas de mama, próstata, pulmón, tiroides y riñón (Harrington, 1981).

Las metástasis de origen desconocido representan sólo el 3% al 4% (Holmes, 1970).

Clínica

Puede existir dolor local e irradiado, con o sin signos de déficit neurológico.

El dolor es el síntoma más precoz y frecuente. Los signos y síntomas van apareciendo a medida que el proceso avanza, pasando por la debilidad motora, alteración en la sensibilidad hasta llegar a la parálisis e incontinencia de esfínteres, como consecuencia del daño neurológico completo.

Diagnóstico

Las [radiografías simples de la columna vertebral](#) sigue siendo un estudio inicial de imagen, aunque se precisa de una erosión de al menos el 50 % para que la radiografía sea anormal.

Hasta un 26% de los casos con lesiones metastásicas pueden no mostrar patología (Wong y col., 1994).

Las radiografías anteroposterior y lateral demuestran hallazgos anormales en hasta un 90% de los pacientes con metástasis vertebral sintomática.

Las [lesiones líticas](#) y el [colapso vertebral](#) son comunes, sin embargo también se producen alteraciones osteoblásticas y escleróticas sobre todo en cáncer de mama y metástasis de próstata.

Se puede apreciar erosión del pedículo, sombras paraespinales de los tejidos blandos, compresión, y fractura-luxación patológica.

Los márgenes de los discos intervertebrales no quedan afectados a diferencia con la erosión del disco comúnmente observados en las enfermedades infecciosas.

La Tomografía Computarizada (TC) puede mostrar detalles óseos sutiles sobre la cantidad de destrucción ósea, invasión cortical, calcificación intralesional. Es la mejor prueba para valorar el grado de alteración de la estructura ósea.

En la vértebra, inicialmente la invasión tiene lugar en el cuerpo, si bien la primera manifestación radiológica puede ser la lesión en el pedículo.

La Resonancia Magnética (RM) ha mostrado su eficacia en dos aspectos: es el método más seguro para evaluar la extensión en hueso medular de una metástasis y es la mejor técnica para delimitar la extensión a partes blandas y su relación con estructuras neurovasculares y tejidos adyacentes. La extensión intramedular se visualiza en las secuencias T1, mediante cortes coronales y sagitales, debido a que el tumor da una baja intensidad de señal en contraste con la alta señal normal de la médula ósea grasa.

Tratamiento

Afortunadamente la mayor parte son asintomáticas y del resto pocas llegan a precisar ser tratadas quirúrgicamente, no obstante la invasión del cuerpo vertebral por diseminación hematógena, es la causa más frecuente de la compresión medular.

En ocasiones llega a crear inestabilidad mecánica vertebral que supone una verdadera urgencia.

En la valoración previa es imprescindible la definición del déficit neurológico si existe y si no la probabilidad de su aparición en algún momento del proceso.

En las metástasis vertebrales las opciones de tratamiento son los corticoides, la radioterapia y la cirugía.

Los corticoides se utilizan por su efecto antiedema en lesiones neurológicas, nunca aislados, salvo cuando la situación general del paciente no permite otra cosa.

La radioterapia está indicada para pacientes con dolor intenso sin complicación medular o con déficit neurológico de comienzo y progresión lenta e incompleta, siempre que se descarte inestabilidad vertebral osteoarticular, punto clave de indicación quirúrgica. En los casos en que el pronóstico sea malo a corto plazo o la situación general del paciente contraindique la cirugía, es la única opción.

La cirugía está indicada ante un dolor de intensidad creciente incontrolable con otros métodos, un déficit neurológico agudo, completo, de instauración rápida y cuando la destrucción ósea provoca una inestabilidad segmentaria de la columna vertebral. Consiste en la resección del tejido tumoral, liberación de toda compresión sobre el tejido medular y fijación interna mediante osteosíntesis vertebrales asociadas a injertos óseos por vías de abordaje anterior y/o posterior, intentando la fusión del segmento afectado con los inmediatamente superior e inferior.

Pronóstico

Con el tratamiento quirúrgico en los pacientes que sufren déficit neurológico causado por la metástasis vertebrales generalmente existe una mejoría de la función neurológica.

La probabilidad de mejoría neurológica no se correlaciona con la gravedad del déficit neurológico preoperatorio. Como consecuencia, la decisión de operar a estos pacientes no debe depender exclusivamente de la severidad de los síntomas neurológicos preoperatorios (Hessler y col., 2011).

Bibliografía

Harrington KD. The use of methylmethacrylate for vertebral body replacement and anterior

stabilization of pathologic fracture dislocation of the spine due to metastatic malignant disease. J Bone Joint Surg 1981;63A:36-47.

Hessler, C, J Madert, y O Heese. 2011. «Correlation between the Severity of Neurological Deficits in Patients with Symptomatic Spinal Metastases and Short-Term Postoperative Functional Neurological Improvements». Central European Neurosurgery (Agosto 12). doi:10.1055/s-0031-1275693. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21842457>.

Holmes FF, Fouts TL. Metastatic cancer of unknown primary site. Cancer 1970;26:816-20.

Wong CS, Van Dyk J, Milosevic M, et al: Radiation myelopathy following single courses of radiotherapy and retreatment. Int J Radiat Oncol Biol Phys 30:575-581, 1994

From:

<http://www.neurocirugiacontemporanea.com/> - **Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661**

Permanent link:

http://www.neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=metastasis_vertebral

Last update: **2019/09/29 11:15**

