

MIELOPATÍA ISQUÉMICA TRAS VERTEBRECTOMÍA TOTAL CURATIVA EN PACIENTE CON CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS Y METÁSTASIS DORSAL ÚNICA



Lara Quintana, Arkaitz; Miguel Martínez, Víctor; Mongil Escudero, Roberto; Martino Quintela, Julia Isabel; Álvarez Irusteta, Eduardo; Alonso Vidal, Ruben

Unidad de Columna del Hospital Universitario Basurto, Bilbao, Vizcaya, España



BASURTUKO OSPITALEA
HOSPITAL DE BASURTO

INTRODUCCIÓN

Las metástasis óseas representan el tumor óseo más frecuente. Los carcinomas renales se encuentran entre los primarios que con más frecuencia metastatizan a hueso.

La columna vertebral destaca entre las localizaciones habituales de las metástasis óseas.

En pacientes seleccionados con la enfermedad primaria controlada y metástasis ósea única (raquis en nuestro caso), la vertebrectomía total seguida de tratamiento médico coadyuvante representa una herramienta para conseguir la curación de la enfermedad.

Entre los riesgos más habituales de esta técnica destacan las complicaciones neurológicas, hemorragia, fracaso del material, dolor crónico, progresión de la enfermedad y, en menor medida, las complicaciones vasculares como la mielopatía isquémica. A pesar de todas ellas, son mayoría los estudios que defienden este procedimiento como el método que mayor supervivencia ofrece a estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se expone el caso clínico de un paciente varón de 66 años de nuestro centro al que, tras el diagnóstico de carcinoma renal de células claras, se le realizó una nefrectomía radical en 2015 y una posterior vertebrectomía total T12 en 2019 siguiendo la técnica de Tomita tras constatarse la presencia de una metástasis ósea única a ese nivel que le producía clínica de compresión medular. 48h antes de la cirugía se embolizó la vascularización de la metástasis entre T11-L1. En el postoperatorio inmediato (<24h) tras la vertebrectomía el paciente presentó una complicación isquémica medular manifestada como una pérdida de fuerza súbita en su extremidad inferior derecha y objetivada como diagnóstico de exclusión.

OBJETIVO

El objetivo principal consiste en describir la técnica quirúrgica de Tomita para el tratamiento curativo de las metástasis vertebrales, así como destacar la mielopatía isquémica como una de las complicaciones agudas posibles derivadas de esta cirugía.

RESULTADOS

A

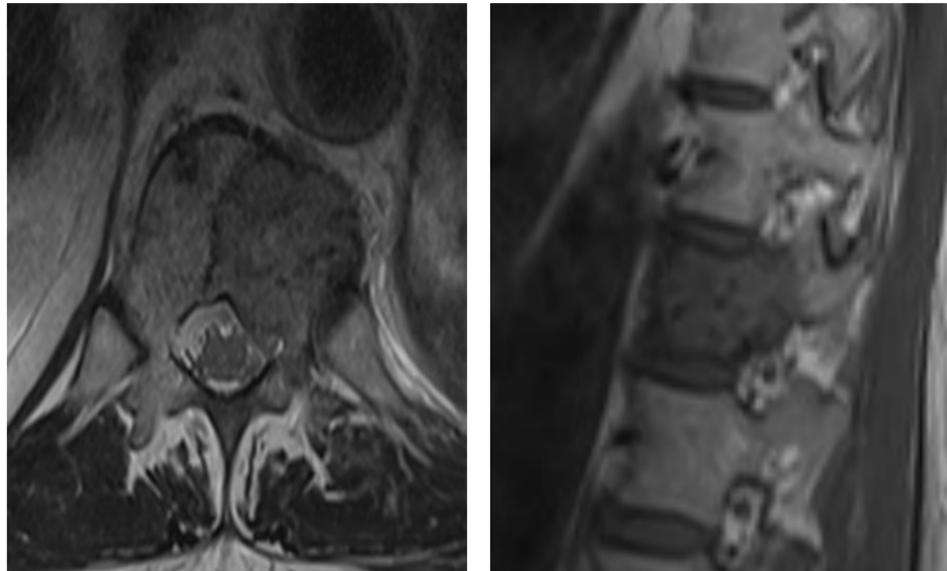


Fig. A. RMN preoperatoria en la que se observa la lesión tumoral en T12 improntando sobre el receso lateral izquierdo, donde compromete el canal medular (tipo 4 según la clasificación de Tomita).

B

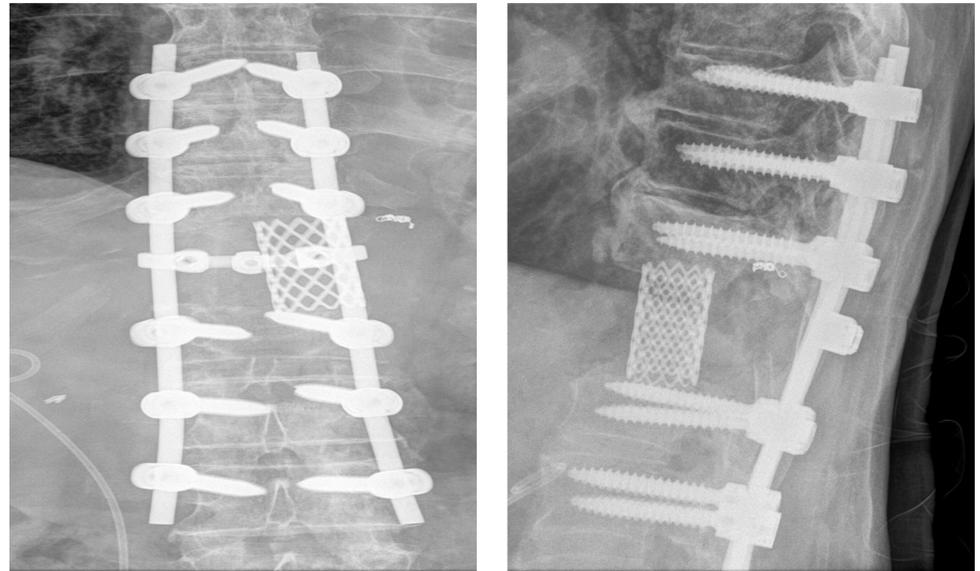


Fig. B. Rx postoperatoria en la que se aprecia la resección, así como la artrodesis con una caja anterior con injerto autólogo además de barras y tornillos 3 niveles superior e inferior a T12.

C

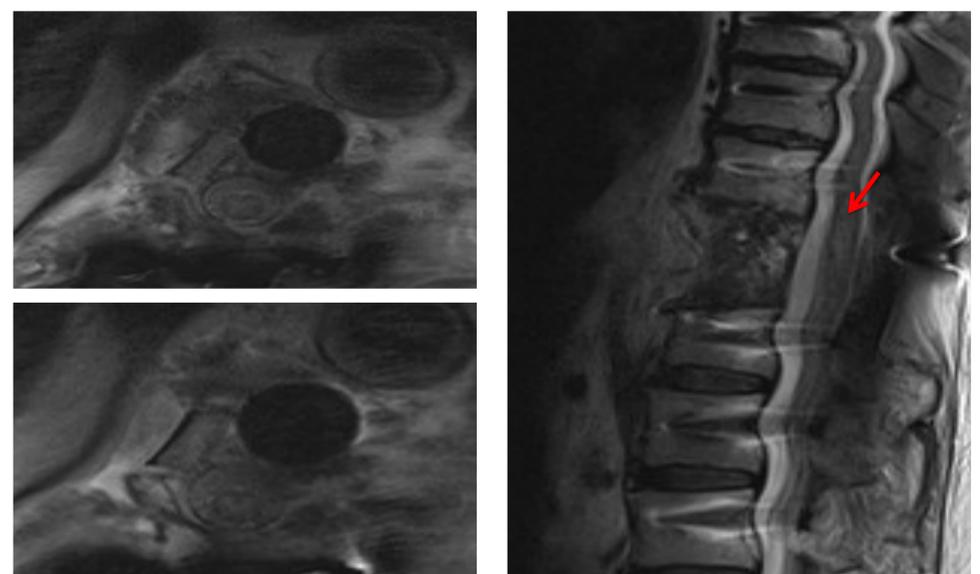


Fig. C. RMN postoperatoria que se realiza ante los primeros síntomas de pérdida de fuerza en la que se objetivan los cambios postquirúrgicos y se señala (flecha roja) la hiperintensidad de la señal medular de origen no compresivo, teniendo que descartar un origen isquémico.

El paciente, a pesar de su complicación inicial y tras rehabilitación en un centro de medulares, consiguió retomar sus actividades diarias con ayuda de un andador.

CONCLUSIONES

La vertebrectomía en bloque se postula como un tratamiento muy exigente técnicamente, pero curativo ante metástasis óseas únicas en raquis. La mielopatía isquémica, aunque de manera poco frecuente, destaca como una complicación aguda de dicho procedimiento que ha de manejarse como diagnóstico diferencial ante la pérdida de fuerza en las extremidades en el postoperatorio inmediato. La rehabilitación en centros específicos consigue una mejoría aceptable, aunque siempre dependiente del grado de afectación particular.

