

VERTEBRECTOMÍA EN BLOQUE EN METÁSTASIS SOLITARIA

Jorge Sánchez Mateos, Laura Arcos Flores, Juan Amezttoy Gallego,
José Miguel Sánchez Márquez

OBJETIVOS

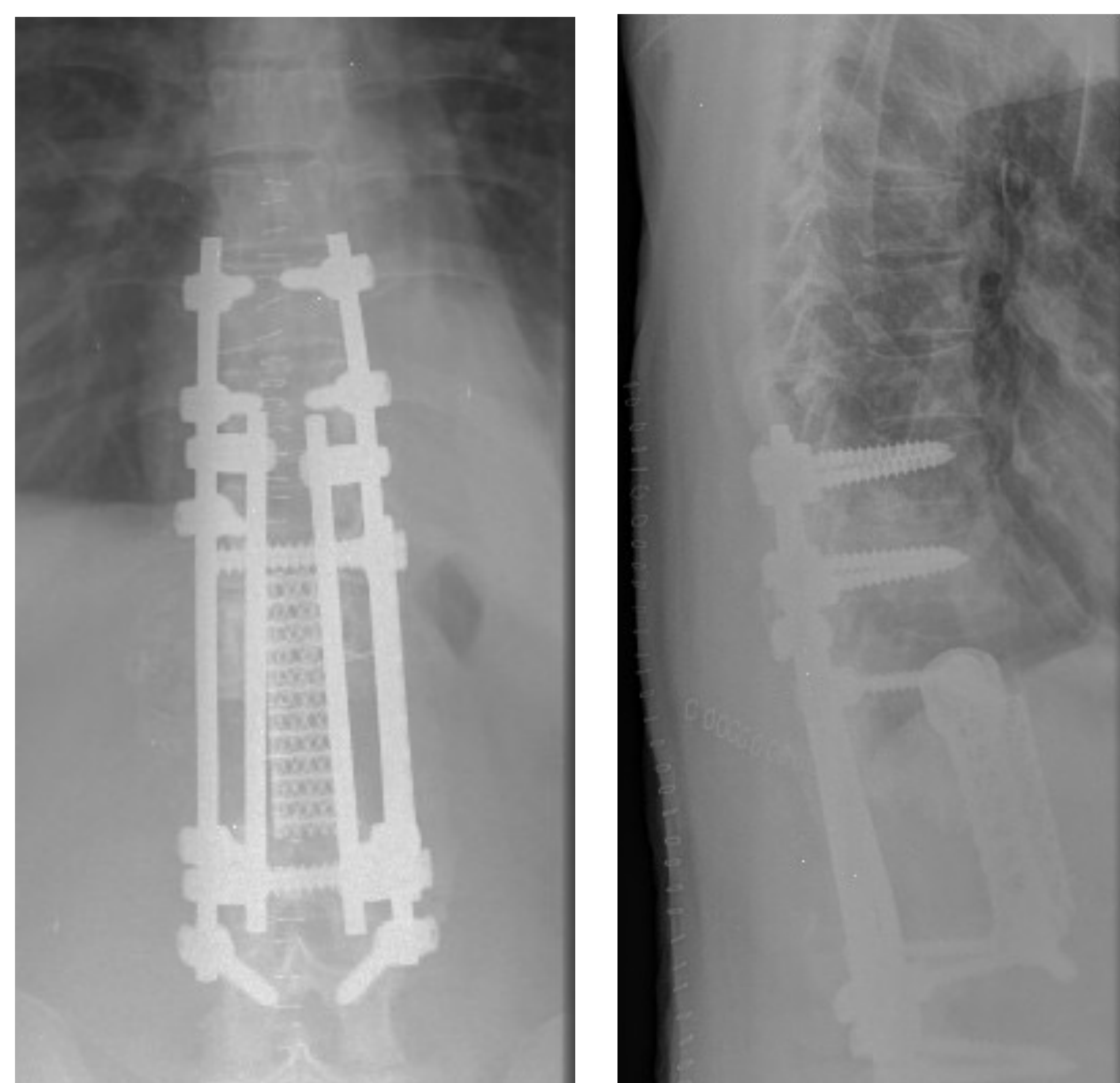
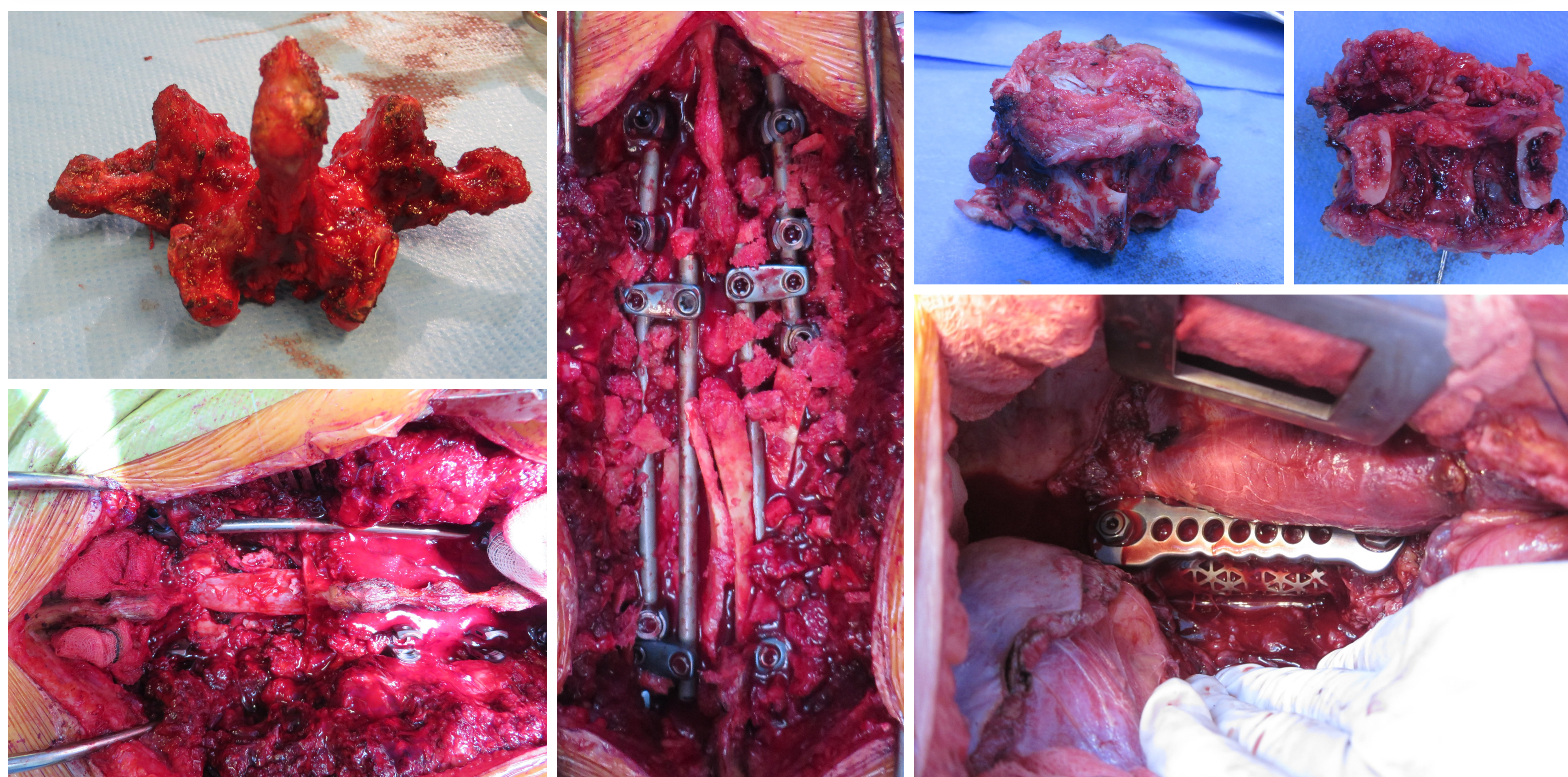
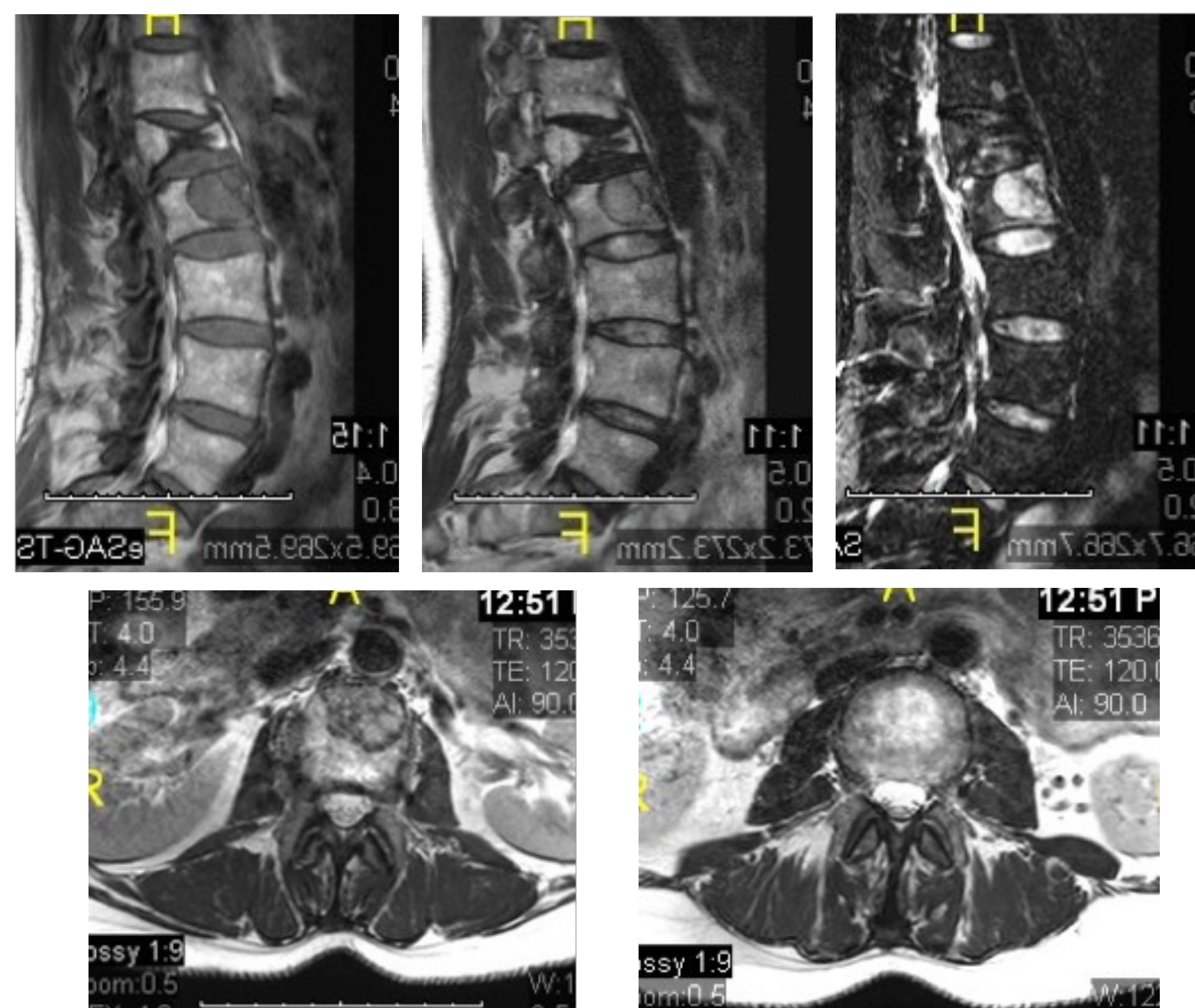
Exponer un caso de una paciente con metástasis única de cáncer de mama que estaba asintomática y en remisión de su enfermedad primaria.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Mujer de 46 años con antecedente de cáncer de mama y metástasis L1 tratada con mastectomía y quimio/radioterapia adyuvante más radiocirugía L1 hace 4 años, actualmente en remisión. Comienza con dolor lumbar nocturno y en reposo, sin clínica neurológica. Se realiza RMN donde se objetiva una lesión única en cuerpo vertebral L2 hipointensa en T1 e hiperintensa en STIR, tipo 1 de Tomita. Se realizó biopsia confirmando metástasis de carcinoma primario de mama, con estudio de extensión negativo.

RESULTADOS

Mujer de 46 años con antecedente de cáncer de mama y metástasis L1 tratada con mastectomía y quimio/radioterapia adyuvante más radiocirugía L1 hace 4 años, actualmente en remisión. Comienza con dolor lumbar nocturno y en reposo, sin clínica neurológica. Se realiza RMN donde se objetiva una lesión única en cuerpo vertebral L2 hipointensa en T1 e hiperintensa en STIR, tipo 1 de Tomita. Se realizó biopsia confirmando metástasis de carcinoma primario de mama, con estudio de extensión negativo.



CONCLUSIONES

Tradicionalmente, el objetivo del tratamiento de las metástasis vertebrales se ha centrado en técnicas paliativas. No obstante, determinados pacientes se benefician de cirugías agresivas para aumentar su supervivencia a pesar de aumentar las complicaciones. Existen distintas escalas para estimar la supervivencia del paciente y guiar la indicación quirúrgica y el tipo de resección. La resección amplia en pacientes con buen estado funcional y supervivencia se ha convertido en el tratamiento de elección.

La técnica descrita por Tomita presenta una disminución significativa de la recurrencia local tumoral, pese a una mayor instrumentación y tiempo quirúrgico con una tasa de complicaciones en torno al 30% y una mortalidad del 4.5%. Sin embargo, cuando la resección en bloque es posible, el beneficio que aporta al control local del tumor es superior al alto riesgo de complicaciones de una cirugía de revisión por recidiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tomita K, Kawahara N, Kobayashi T, Yoshida A, Murakami H, Akamaru T. Surgical strategy for spinal metastases. Spine (Phila Pa 1976). 2001 Feb 1;26(3):298-306.
2. Katagiri H, Okada R, Takagi T, Takahashi M, Murata H, Harada H, Nishimura T, Asakura H, Ogawa H. New prognostic factors and scoring system for patients with skeletal metastasis. Cancer Med. 2014 Oct;3(5):1359-67.
3. Fang T, Dong J, Zhou X, McGuire RA Jr, Li X. Comparison of mini-open anterior corpectomy and posterior total en bloc spondylectomy for solitary metastases of the thoracolumbar spine. J Neurosurg Spine. 2012 Oct;17(4)
4. Boriani S, Gasbarrini A, Bandiera S, Ghermandi R, Lador R. Predictors for surgical complications of en bloc resections in the spine: review of 220 cases treated by the same team. Eur Spine J. 2016 Dec;25(12):3932-3941.