

CASO CLÍNICO DE DEBUT DE MIELOMA MÚLTIPLE COMO LESIÓN DE C7-T1 EN CONTACTO CON GRAN BOCIO TIROIDÉO: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO MULTIDISCIPLINAR.

Fruner G, Fernández Varela T*, Navarro Navarro R*, Izquierdo García RR, Montesdeoca Ara A*.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR MATERNO INFANTIL DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

*Autores pertenecientes a Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín

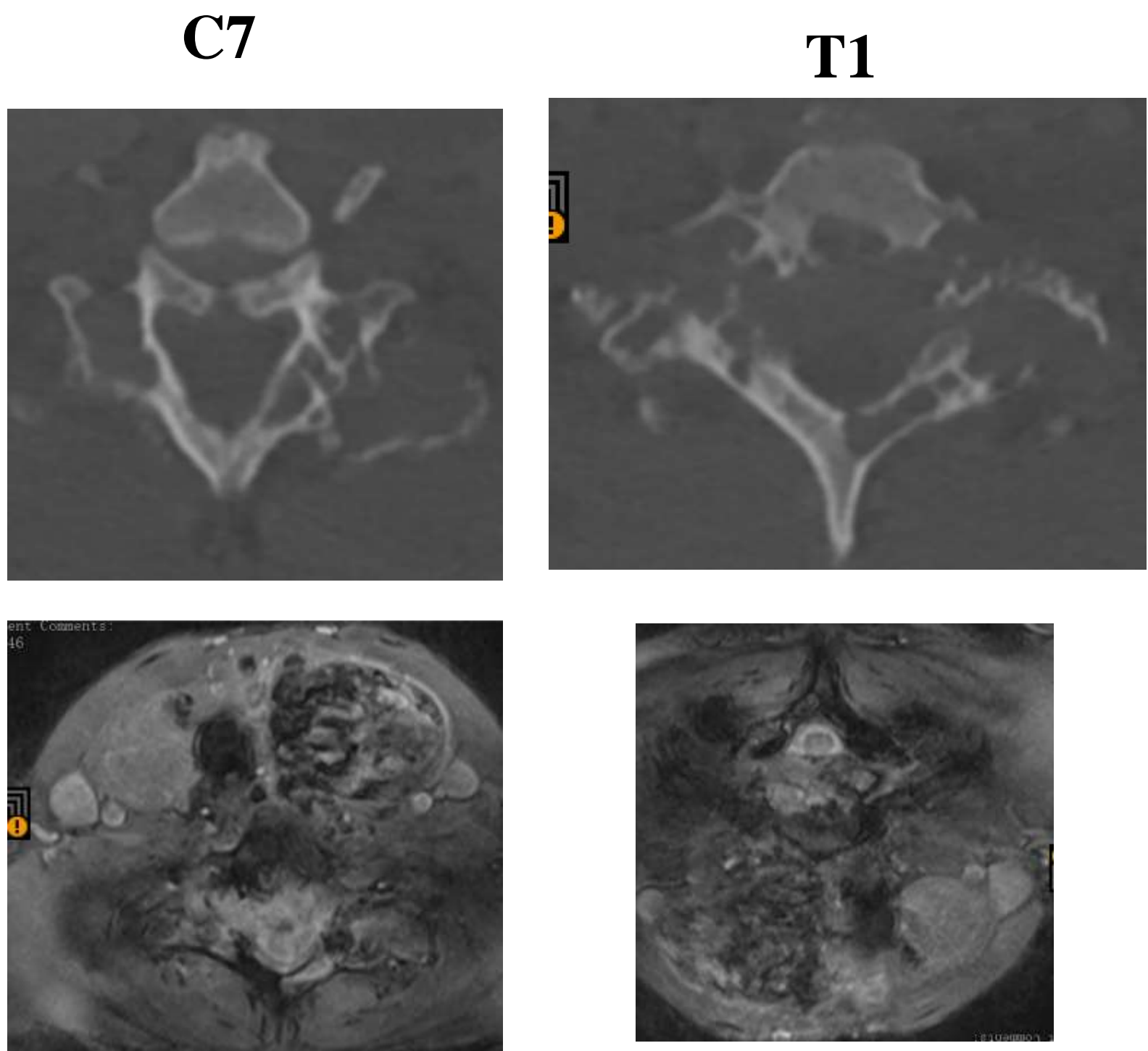
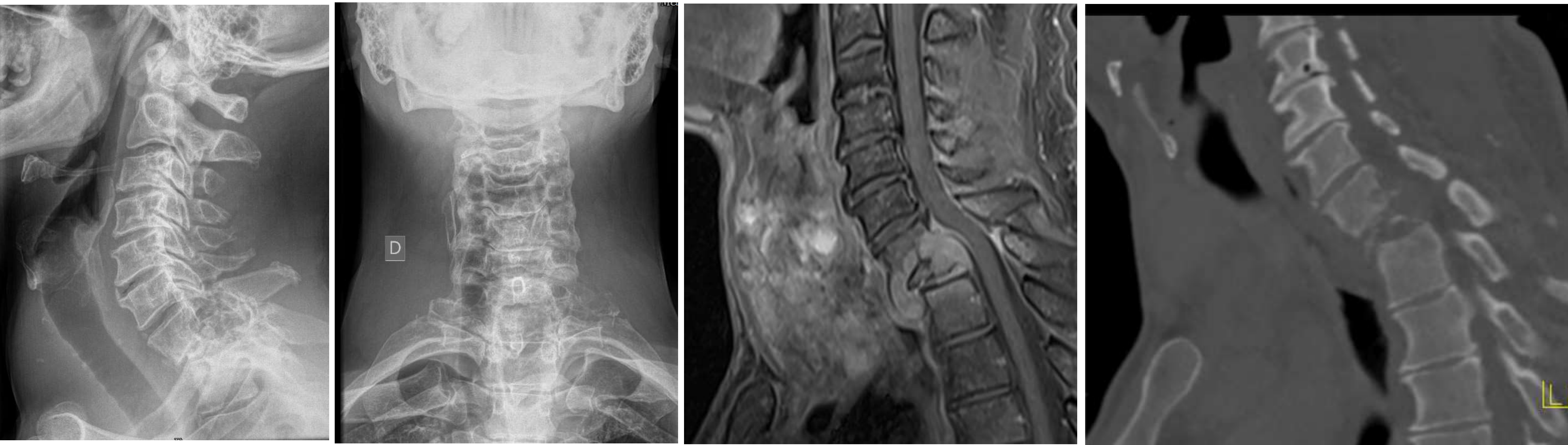
Objetivos:

El mieloma múltiple es el tumor óseo maligno primario más frecuente del raquis. El tratamiento médico ha mejorado drásticamente la supervivencia de estos pacientes, quedando la cirugía necesaria en caso de complicaciones y siendo esta multidisciplinar en caso de coexistencia de otras patologías adyacentes subsidiarias de tratamiento quirúrgico. Presentamos un caso de manejo quirúrgico de una fractura patológica de C7-T1 secundaria a mieloma múltiple en estrecho contacto con un bocio multinodular tiroideo intratorácico de gran tamaño.

Material y metodología:

Se nos remite paciente varón de 52 años por cuadro de cervicobraquialgia persistente, bilateral, hipoestésia en territorio cubital derecho y apraxia en ambas manos, tras un esfuerzo con hiperextensión cervical. En la radiografía se observa fractura de T1 con desaparición del cuerpo, severa angulación cifótica de C7-T2, afectación lítica de C7, desestructuración y luxación facetaria C7-T1. TC y RM confirman una masa osteolítica de partes blandas de origen en T1, con extensión intra y extrarraquídea a C7 y T2, severa estenosis de canal, compresión medular y presencia de gran bocio multinodular tiroideo en contacto con la lesión vertebral, desplazando la tráquea (Fig.1). Ante la inestabilidad de la fractura, la compresión medular y la coexistencia de una segunda lesión adyacente, se decide tratamiento quirúrgico temprano en dos tiempo y combinado con cirugía general: durante el primer tiempo se realizó descompresión de C7 y T1 por vía posterior y artrodesis C4-D4 con tornillos a masas laterales en vértebras cervicales y tornillos transpediculares en vértebras torácicas (Fig.2); durante el segundo tiempo (14 días después) se realizó tiroidectomía total y se aprovechó del amplio abordaje cervical para realizar corporectomía parcial de C7-T1, sustitución del defecto con dispositivo intersomático relleno de aloinjerto y artrodesis anterior con placa y tornillos en cuerpos vertebrales C6-T2 (Fig. 3).

Fig. 1: Pruebas de imagen prequirúrgicas: tumoracion C7-D1 con fractura patologica de ambas vertebras y presencia de gran bocio tiroideo.



Resultados:

La descompresión y la estabilización quirúrgica proporcionaron mejoría sintomática, permitiendo la movilización cervical progresiva. El resultado de biopsia y proteinograma confirmaron el diagnóstico de mieloma múltiple.

Fig. 2: 1er tiempo quirúrgico: descompresión C7-D1 + artrodesis posterior C4-D4 con barras y tornillos transpediculares.

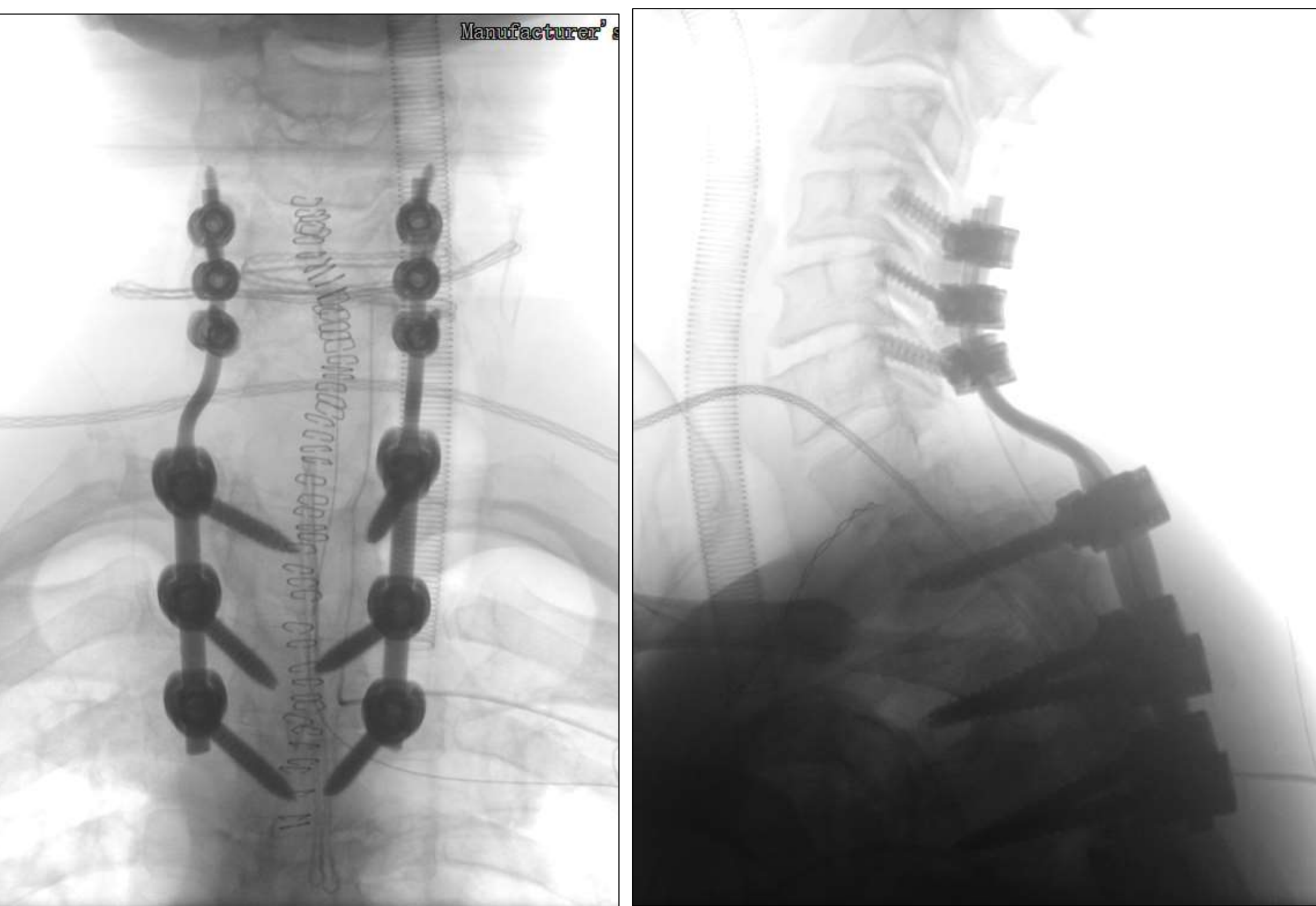
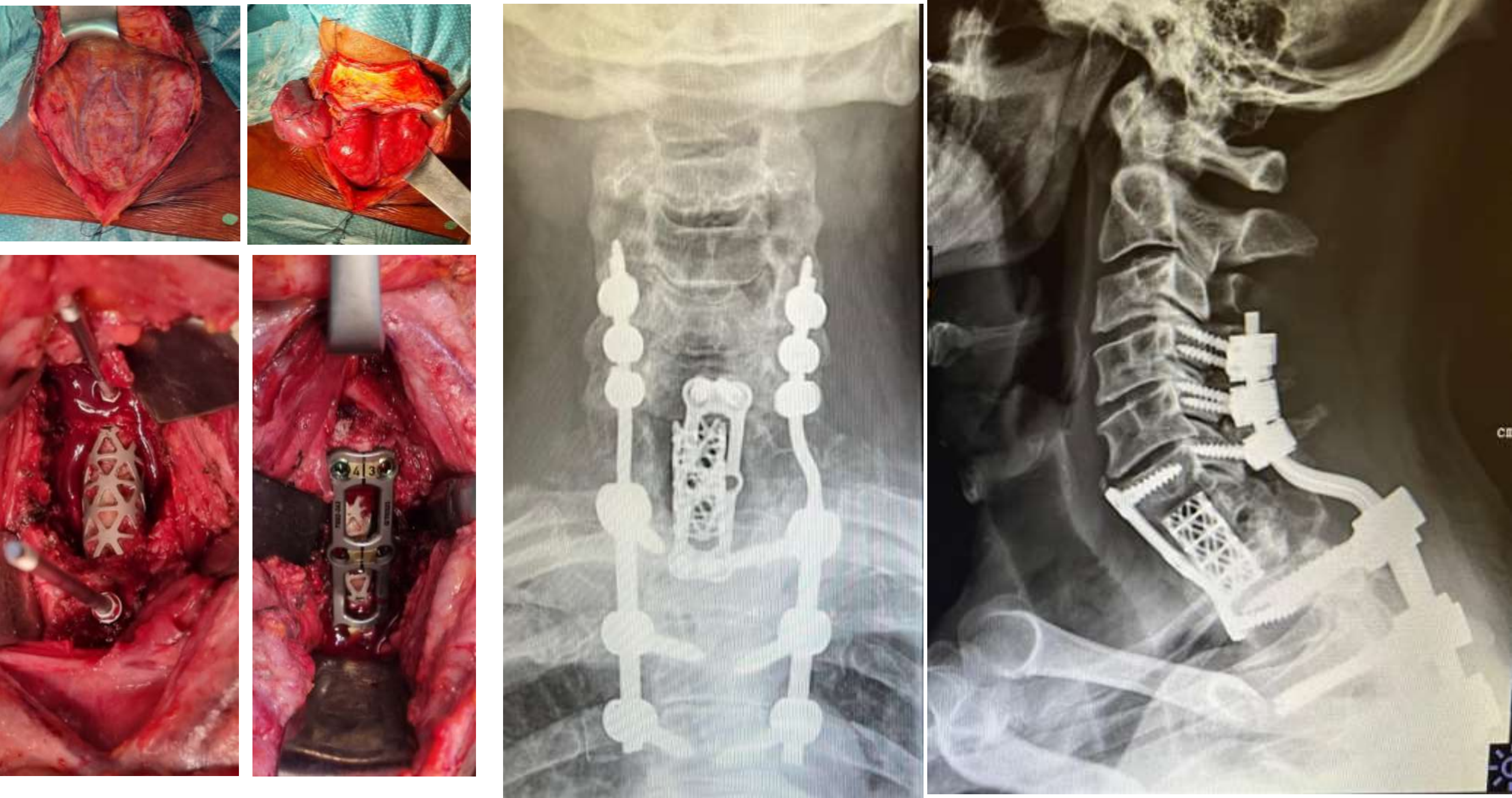


Fig. 3: 2do tiempo quirúrgico: abordaje cervical anterior; exeresis de bocio tiroideo; descompresión C7-T1 + artrodesis anterior con dispositivo intersomático y placa atornillada a C6-T2



Conclusiones:

Ante la inestabilidad vertebral debida a la fractura y el riesgo de complicaciones neurológicas, un caso de debut de mieloma múltiple con afectación de C7-T1, asociado a la presencia de un gran bocio tiroideo, requerirá un tratamiento quirúrgico multidisciplinar, en dos tiempos.

Referencias:

Curso COT. T.57. Tumores raquimedulares. D. Alonso García, P. Martínez Sáez, J. Paz Aparicio.
Curso COT. T.50. Abordajes quirúrgicos del raquis. D. Alonso García, F. Hita Contreras, P. Martínez Sáez.