

CIRUGÍA POR DOBLE ABORDAJE EN TUMOR D2 MEDIANTE DESCOMPRESIÓN Y TUMORECTOMÍA POSTERIOR SEGUIDA DE VÍA ANTERIOR POR ESTERNOTOMÍA PARCIAL

AUTORES: MIGUEL MANUEL ANDÚJAR ALEMÁN (MIR 2º), MARTA LUNA UROZ DE LA IGLESIA (MIR 2º), MILÁN SANTANA BAÑOLAS (MIR3º), RICARDO NAVARRO NAVARRO (FEA, Unidad de Raquis), TITO FERNÁNDEZ VARELA (FEA, Unidad de Raquis).
Hospital de Gran Canaria Doctor Negrín. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Unidad de Raquis.

OBJETIVOS

Las fracturas vertebrales patológicas por tumores constituyen una patología en ocasiones de difícil abordaje quirúrgico. Presentamos el caso de una fractura patológica por tumor vertebral D2 que debuta con paraparesia, realizándose doble vía (posterior y luego anterior) para abordaje del nivel cervicodorsal. Se ilustra la técnica quirúrgica de la vía anterior mediante esternotomía parcial y disección de los grandes vasos para exponer la columna vertebral.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 51 años que ingresa de manera urgente por presentar paraparesia progresiva que le impide deambular. Refería dolor dorsal de meses de evolución que desde hacía una semana había empeorado con aparición de parestesias y debilidad en MMII.

El estudio de imagen (TAC–RMN) de columna mostró una fractura patológica D2 por tumor vertebral con ocupación del canal y compresión medular anterior y posterior (Fig. 1). Se clasificó como estadio G2T2M0 de Enneking y extensión extracompartimental extradural con clasificación tipo D de WBB.

RESULTADOS

Dada la urgencia neurológica se realizó cirugía urgente por vía posterior mediante descompresión D2–D3 con tumorectomía parcial D2 y artrodesis instrumentada posterior C6–D5 con biopsia (Fig. 2). La anatomía patológica sin embargo arrojó resultado de tumor desdiferenciado-sarcoma sin conseguir filiarlo. Tras presentación en Comité de Tumores Multidisciplinar se decidió nueva intervención junto con Cirugía Torácica, realizándose un abordaje cervicodorsal anterior mediante esternotomía parcial. Se realizó corporectomía y tumorectomía D2 con soporte anterior con cilindro y placa anterior D1–D3 (Fig. 3 y 4). La Anatomía patológica informó de tumor maligno de la vaina del nervio periférico Grado 3 de FNCLCC.

La paciente presentó buena evolución neurológica, deambulando sin ayudas, sin dolor y cicatrización de heridas. Es dada de alta y comienza tratamiento con quimioterapia y radioterapia. Desgraciadamente la paciente falleció a los 6 meses por complicaciones infecciosas derivadas de la quimioterapia.

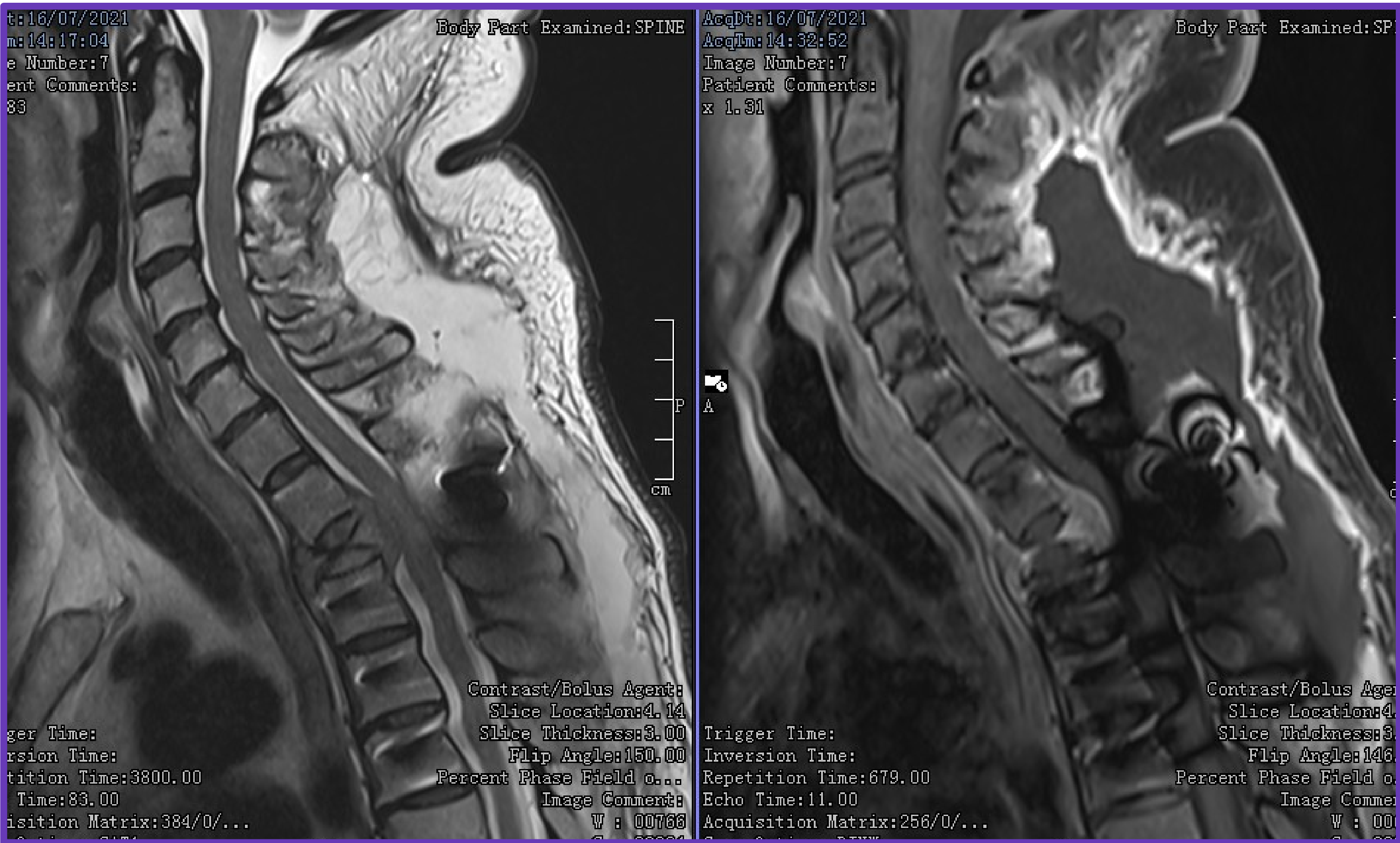


Figura 1.



Figura 2.

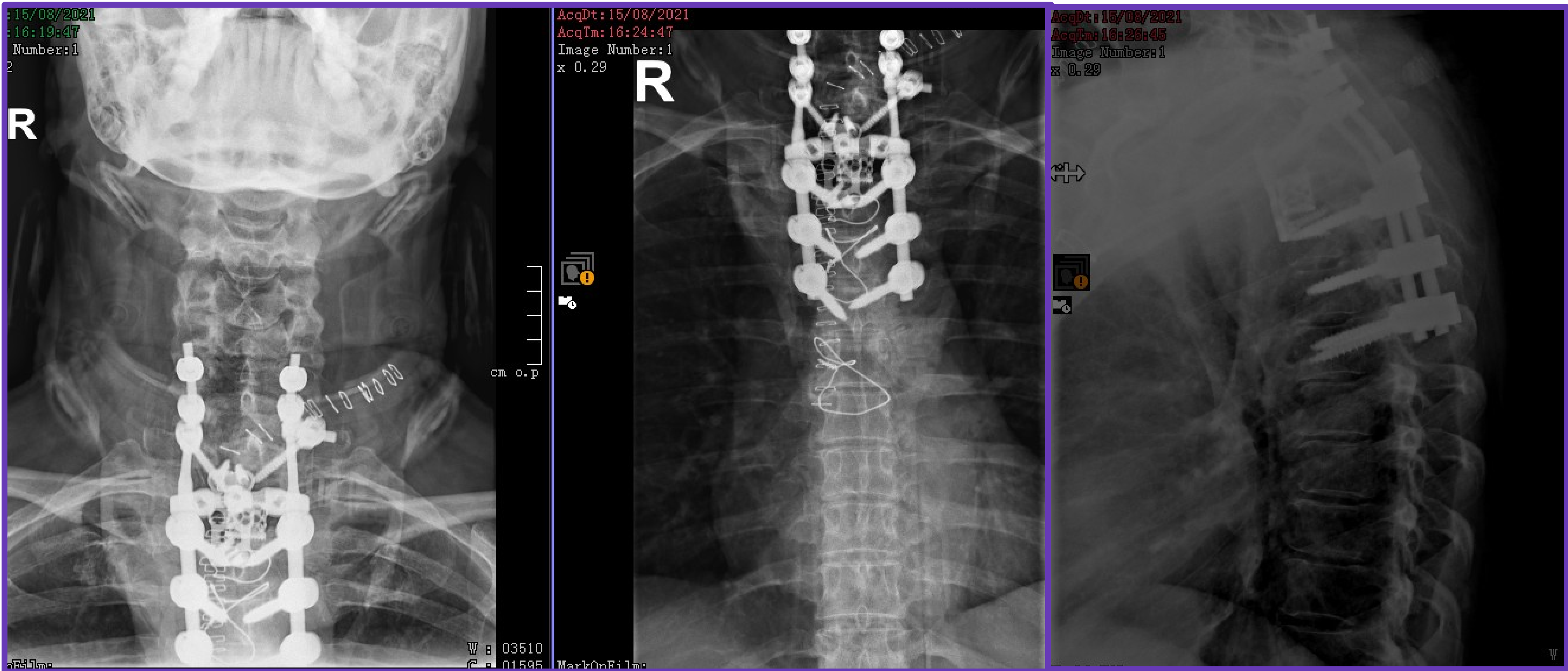


Figura 3.



Figura 4.

CONCLUSIONES

La resección completa de tumores en región cervicodorsal o dorsal alta supone un auténtico desafío quirúrgico que requiere un abordaje y planificación multidisciplinar, en este caso conjuntamente con cirugía torácica. La esternotomía parcial es necesaria para una correcta exposición de los cuerpos vertebrales dorsales altos, pero no está exenta de potenciales riesgos por el acceso a través del mediastino (1, 2, 3).

Bibliografía:
1. Yao Y, Yan J, Jiang F, Zhang S, Qiu J. Comparison of Anterior and Posterior Decompressions in Treatment of Traumatic Thoracolumbar Spinal Fractures Complicated with Spinal Cord Injury. Med Sci Monit. 2020 Nov 19;26:e927284. doi: 10.12659/MSM.927284.
2. Machino M, Yukawa Y, Ito K, Nakashima H, Kato F. Posterior/anterior combined surgery for thoracolumbar burst fractures--posterior instrumentation with pedicle screws and laminar hooks, anterior decompression and strut grafting. Spinal Cord. 2011 Apr;49(4):573-9. Epub 2010 Nov 16.
3. Darling GE, McBroom R, Perrin R. Modified anterior approach to the cervicothoracic junction. Spine (Phila Pa 1976). 1995 Jul 1;20(13):1519-21. PMID: 8623074.