

Diagnóstico incidental de neoplasia de células plasmáticas por compresión medular. A propósito de un caso.

Bárbara González Couto, Ricardo Navarro Navarro,
José María Monasterio Araco, Laura Pastor Martín

OBJETIVOS

Presentamos el caso de un varón de 56 años diagnosticado de neoplasia de células plasmáticas tras acudir a urgencias con clínica de compresión medular progresiva.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Varón de 56 años, NAMC, ap de cirugía de estrabismo bilateral, valorado por facultativos de urgencias por sensación de inestabilidad de 7 días de evolución, episodio de parestesias en manos y MMII (actualmente corregido) y dolor lumbar alto crónico no irradiado. No refiere fiebre ni sintomatología infecciosa previa. Se realiza radiografía de columna dorso-lumbar y TC cráneo, siendo dado de alta.

Tras 5 días el paciente acude nuevamente con empeoramiento sintomático y es valorado por Unidad de Raquis: flexión pie izquierdo 4/5, resto 5/5, nivel sensitivo L1, ROT ++/++++ MMII, marcha inestable, no puntillas ni talones, dolor musculatura paravertebral lumbar. Se realiza TAC dorso-lumbar, que informan como "lesión sólida que sustituye la práctica totalidad de vértebra D11, invadiendo canal de forma circunferencial y comprimiendo de forma severa el canal medular, así como forámenes D10-D11-D12 derechos". Se revisan Rx del día anterior, y se aprecia el signo de la vértebra tuerta bilateral en D11.



RESULTADOS

Clasificando la lesión por la escala SINS, nos encontramos ante una lesión inestable (13 puntos), por lo que según las recomendaciones del abordaje NOMS para el tratamiento de tumores metastásicos espinales, se indicaría una estabilización quirúrgica urgente. El paciente rechaza la cirugía como tratamiento inicial, y recibe primera sesión de tratamiento radioterápico. Al día siguiente presenta un empeoramiento neurológico severo, con lesión medular completa y nivel motor y sensitivo D11. Signos de afectación medular en RMN. Se acuerda con paciente descompresión urgente D11 vía posterior y artrodesis D9-L1. Durante postoperatorio inmediato, mejoría de fuerza MMII (cuádriceps 4/5, peroneos 2-3/5) con mejoría de espasticidad.

CONCLUSIONES

Ante dolor dorso-lumbar crónico no filiado hay que sospechar patología tumoral vertebral, que puede presentarse en la radiografía con el signo de la vértebra tuerta. Por otra parte, ante compresiones medulares tumorales con criterios de inestabilidad, hay que valorar preferentemente la estabilización quirúrgica urgente. En el caso de lesiones radiosensibles (como el mieloma múltiple) estables, podemos plantear radioterapia inicial para reducción de la masa tumoral.

