

# Tomografía axial computarizada cervical

F. Marcos Sánchez, J.M. Villanueva Rincón, I. Albo Castaño y F. Juárez Ucelay

Servicio de Medicina Interna y Radiodiagnóstico.  
Hospital del Insalud de Talavera de la Reina. Toledo.



Fig. 1.

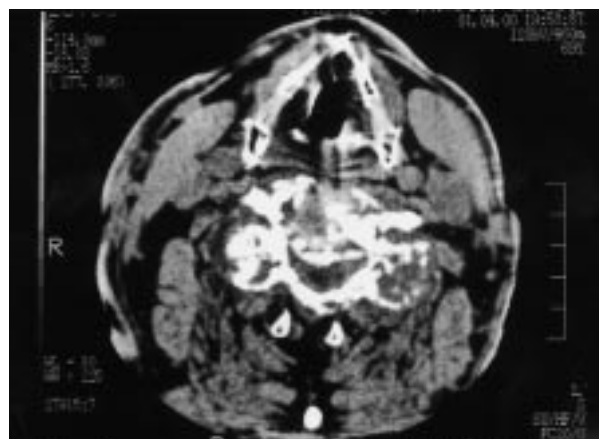


Fig. 2.

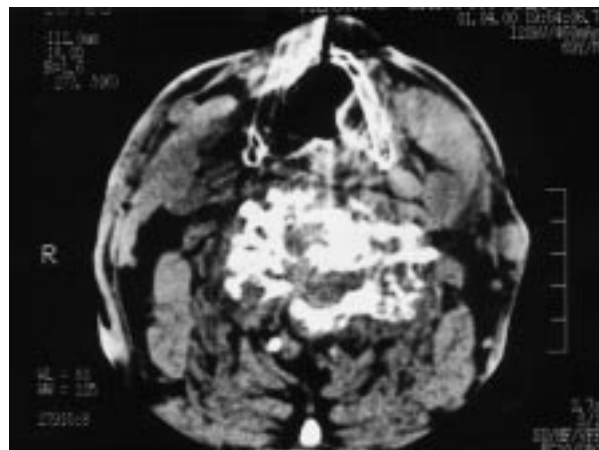


Fig. 3.

## Caso clínico

Paciente de 69 años de edad, con antecedentes personales de neoplasia de vejiga con afección ganglionar y de vesícula seminal intervenido hace un año. Se practicó una resección transuretral y radioterapia. Hace 2 meses le fue realizado en otro hospital la amputación del miembro inferior derecho, por debajo de la rodilla por isquemia crónica.

Consultó al servicio de urgencias por un cuadro de dolores en los hombros de carácter discontinuo e intensi-

dad ligera desde hace unos 4 meses; en las últimas 3 semanas el dolor es continuo y de gran intensidad, exacerbándose al mover el cuello y los hombros. En los últimos 5 días presentó pérdida de fuerza en los miembros superiores, sobre todo el derecho, y también en los miembros inferiores, impidiéndole la marcha con muletas como hacía hasta ese momento. No presenta dificultad para la micción ni respiratoria, pero sí estreñimiento en la última semana.

En la exploración física está consciente, bien perfundido e hidratado. Presenta intenso dolor a la palpación de

la columna cervical. Se observa evidente pérdida de fuerza en los miembros superiores, fundamentalmente en el derecho, de predominio distal (grado IV/V); asimismo se objetiva ligera pérdida de fuerza en el miembro inferior izquierdo. La presión arterial es de 150/100 mmHg. La exploración cardiopulmonar es normal y el abdomen es blando, no doloroso, sin organomegalias.

Las pruebas de laboratorio (hemograma, hemostasia y bioquímica elemental) son normales.

La radiografía de tórax no evidencia cardiomegalia ni condensaciones pulmonares. El mediastino es normal. El electrocardiograma es normal.

La radiografía de la columna cervical y dorsal (fig. 1) pone de manifiesto destrucción de la vértebra quinta cervical. La TAC cervical evidencia destrucción de la C5, estando afectado el cuerpo y los elementos posteriores con un componente de partes blandas que disminuye la luz del canal (fig. 2 y 3).

No se pudo realizar resonancia magnética nuclear por no disponer de la misma en nuestro centro.

Con el diagnóstico de compresión medular cervical por destrucción de la quinta vértebra cervical, presumiblemente por metástasis del cáncer de vejiga intervenido hace años, se remitió a nuestro centro de referencia para la realización de técnica neuroquirúrgica y eventual radioterapia posterior.

## Comentarios

El síndrome de compresión medular aparece en el 1-5% de los pacientes con cáncer diseminado. El tumor metastásico en el espacio epidural es la causa principal de la compresión medular, el 95% son extradurales y únicamente en el 5% son intramedulares. Las neoplasias primarias que más frecuentemente producen la compresión medular son, en el adulto, el cáncer de mama, seguido de pulmón, próstata y riñón.

Clínicamente, la localización más frecuente de la compresión es la región torácica (75%), seguida de la cervical (15%) y de lumbosacra (10%). El dolor radicular o local es el síntoma inicial en el 95% de los casos y puede preceder al resto de los síntomas en semanas e incluso meses. Posteriormente, aparecerá la paraparesia; la clínica será progresiva, afectando a los esfínteres y ori-

ginando finalmente paraplejía. El diagnóstico debe sospecharse ante pacientes con un cuadro de dolor en la espalda. La confirmación la obtendremos mediante la realización de radiografías óseas, gammagrafía ósea y tomografía axial computarizada, pero es mediante la resonancia magnética nuclear con la que se ve con exactitud el nivel de la compresión y la extensión de la misma, que en ocasiones puede ser múltiple.

El tratamiento debe realizarse con urgencia pues una leve paraparesia puede progresar en unas horas hacia una paraplejía irreversible.

La radioterapia es una técnica muy efectiva; así, si el paciente se encontraba ambulatorio al principio del tratamiento, en el 80% de los casos persistirán ambulatorios al finalizar el mismo, pero si ya existía una paraparesia al empezar, únicamente en el 30-40% de los casos serán capaces de deambular al finalizar la terapia. Las técnicas neuroquirúrgicas, mediante la realización de laminectomía y fijación con prótesis metálicas, son también eficaces. Serán de elección cuando hay que obtener un diagnóstico histológico, por existir una causa incierta o dudas con patología no tumoral (hematoma, absceso): también lo serán cuando la compresión se produce en una zona ya irradiada anteriormente o cuando la radioterapia no ha sido efectiva y, como en el caso que hemos presentado, cuando sea necesario estabilizar la columna.

El empleo de corticoides (dexametasona) es un tratamiento adyuvante eficaz para disminuir el edema. Inicialmente hay que emplear dosis de hasta 100 mg, seguidas de 4 mg cada 6 h.

## Bibliografía general

- Abad A. Urgencias oncológicas. Síndrome de compresión medular. En: Rosell R, Abad A, Monzo M, Molina F, editores. Oncología médica. Madrid: Ergon, 1995; 415.
- Artal A, Espinosa E, García de Paredes ML. Urgencias oncológicas. En: González Barón M, editor. Oncología médica. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill, 1992; 198-213.
- Fuller BG, Heiss J, Oldfield EH. Spinal and compression. En: De Vita VT, Hellman S, Rosenberg SA, editores. Cancer. Principales and practice of Oncology. Filadelfia: Lippincott-Roven, 1997; 2476-2486.
- Perrin RG. Metastatic tumors of the axial spine. Cur Opin Oncol 1992; 4: 525-532.