

3. Rubin MN, Wellik KE, Channer DD, Demaerschalk M. Systematic review of teleneurology: methodology. *Front Neurol.* 2012;3:156. <http://dx.doi.org/10.3389/fneur.2012.00156>.
4. Wechsler LR, Tsao JW, Levine SR, Swain-Eng RJ, Adams RJ, Demerschalk M, et al. Teleneurology applications Report of the Telemedicine Work Group of the American Academy of Neurology. *Neurology.* 2013;80:670–6. <http://dx.doi.org/10.1212/WNL.0b013e3182823361>.
5. Romero-Imbroda J, del Canto-Pérez C, Sagarrio-Fustero T. *Tele-neurología y e-consulta aplicada a Neurología general.* *Rev Neurol.* 2017;64:227–34.
6. Boletín Oficial del Estado (67): 25390-25400. 14 de marzo de 2020.
7. Guan WJ, Zhong NS, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med.* 2020;382:1708–3821720. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2002032>.
8. Matias-Guiu J, Porta-Etessam J, López-Valdes E, García Morales J, Guerrero-Solá A, Matias-Guiu JA. La gestión de la asistencia neurológica en tiempos de la pandemia de Covid-19. *Neurología.* 2020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2020.04.001>.
9. Klein BC, Buis NA. COVID-19 is catalyzing the adoption of tele-neurology. *Neurology.* 2020;1:10. <http://dx.doi.org/10.1212/WNL.0000000000009494>.



Síndrome del cóndilo occipital como manifestación primera de una neoplasia de recto

Occipital condyle syndrome as the first manifestation of a rectal tumour

Sr. Editor:

El síndrome del cóndilo occipital (SCO) es una entidad infrecuente descrita por Girenberg en 1981, a partir de una serie de casos de metástasis cerebrales¹. Se caracteriza por parálisis del nervio hipogloso ipsilateral y por dolor occipital persistente que suele irradiarse hacia la mastoides, aumentar con la inclinación de la cabeza hacia el lado contralateral y que se asocia con un aumento de la sensibilidad del cuero cabelludo.

Habitualmente está causado por lesiones metastásicas cuyo origen, en la mayoría de los casos, son los tumores de mama y de próstata². En la última serie publicada³, el SCO es la primera manifestación de la neoplasia en más de la mitad de los pacientes.

Pues bien, según la bibliografía consultada (PubMed, palabras clave: occipital condyle syndrome y colorrectal cancer) no existen referencias de esta entidad como manifestación inicial de una neoplasia de recto. Por ello, presentamos un caso de SCO cuyo estudio etiológico demostró un adenocarcinoma de recto.

Varón de 62 años, hipertenso, diabético, fumador activo y con antecedentes familiares de cáncer de colon. Consultó por pérdida de peso, y por alteraciones de la movilidad lingual, que le condicionan disartria y atragantamientos frecuentes. El único hallazgo relevante en

10. Documento elaborado por el Grupo de estudio de Enfermedades Neuromusculares. Sociedad Española de Neurología. Marzo 2020 [consultado 19 Mar 2020]. Disponible en: <http://www.sen.es/attachments/article/2662/Consejos%20para%20pacientes%20con%20Enfermedades%20Neuromusculares.pdf>.

J. Romero-Imbroda ^{a,b,*}, V. Reyes-Garrido ^{a,b},
N.L. Ciano-Petersen ^a y P.J. Serrano-Castro ^{a,b}

^a Servicio de Neurología, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España
^b Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA), Málaga, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jesusromeroimbroda@gmail.com
(J. Romero-Imbroda).

<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2020.05.008>
0213-4853/

© 2020 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

la exploración física fue una hemiatrofia lingual derecha con pérdida de fuerza en la lateralización de la misma (fig. 1). Análiticamente destacaba una anemia normocítica normocromica (hemoglobina: 11,8 g/dl) con ferritina de 622 ng/ml (valor normal [vn]: 30-400 ng/ml) y una marcada elevación del CEA y del CA 19.9 (9.562 ng/ml [vn: < 5,20 ng/ml] y 3.552 U/ml [vn: < 39 U/ml]). En la

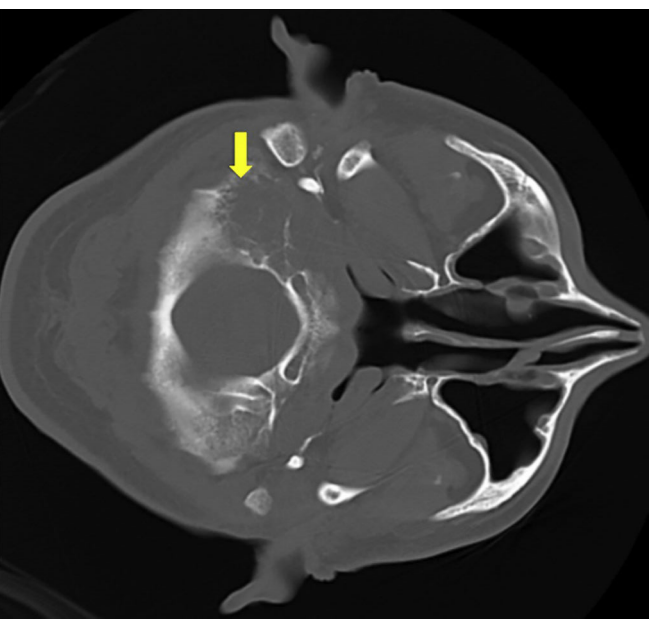


Figura 1 Corte axial de la TC craneal sin contraste intravenoso, ventana de hueso. Se observa lesión típtica (flecha) en escama y cóndilo occipital derecho con bordes espiculados, destructiva, que se dirige hacia la base del cráneo.

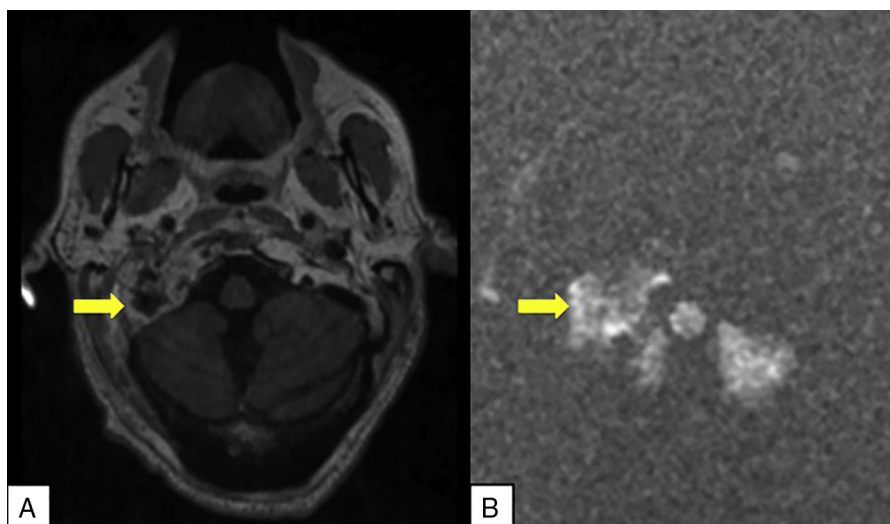


Figura 2 A) Imagen axial de la RM secuencia T1 con contraste intravenoso. La lesión lítica presenta una captación de contraste heterogénea afectando al cóndilo occipital y base de cráneo (flecha). B) Imagen axial de la RM secuencia difusión en la que vemos que presenta gran restricción (flecha).

radiografía de tórax se apreciaba elevación del hemidiafragma derecho. La TC cerebral demostró una lesión lítica en la porción basal de la escama occipital derecha, próxima al cóndilo occipital. La resonancia magnética cerebral (Figs. 2A y 2B) confirmó la presencia de una lesión lítica, con masa de partes blandas asociada en el cóndilo occipital y en la región ósea temporo-parietal izquierda. Además, se observaba una lesión ocupante de espacio en el hemisferio cerebeloso izquierdo, con edema vasogénico circundante. Se realizó colonoscopia que permitió detectar una lesión dura e infiltrativa de aspecto mamelonado en el ano, cuya biopsia confirmó un adenocarcinoma de recto. En el estudio de extensión se evidenciaron metástasis hepáticas y pulmonares. Se inició tratamiento con radioterapia holocraneal, con buena respuesta, ya que el paciente apenas presentó cefalea a lo largo de su enfermedad.

Aunque en múltiples ocasiones las metástasis cerebrales son la manifestación inicial de la enfermedad, habitualmente suelen ser un evento tardío en el curso de la enfermedad tumoral, de tal modo que la mayoría de pacientes ya presentan diseminación metastásica en otros órganos cuando aparece la sintomatología clásica del SCO. Esto puede condicionar el infradiagnóstico de la entidad³. En la literatura se han comunicado 2 casos de SCO secundario a neoplasia rectal, pero en ambos la enfermedad neoplásica se conocía previamente⁴. Este es el primer caso en el que el SCO es la manifestación inicial de un adenocarcinoma de recto. Las metástasis cerebelosas, sin embargo, son muy frecuentes en los tumores colorrectales⁵. La diseminación hematogena es el mecanismo subyacente más frecuente para el desarrollo de las metástasis de la base del cráneo. En el caso expuesto, el plexo venoso vertebral interno es la vía más probable de dichas metástasis⁶.

La resonancia magnética es la técnica radiológica indicada para el diagnóstico del SCO², ya que la TC suele ser insuficiente en la mayoría de los casos. A pesar de ello su diagnóstico es difícil, ya que precisa de una revisión exhaus-

tiva de la base craneal para localizar dichas lesiones. Por tanto, una correcta sospecha clínica ayuda al radiólogo a la identificación del SCO. El pronóstico es malo, aunque depende del tumor primario y de la extensión de la enfermedad.

El tratamiento es principalmente paliativo. El dolor raramente responde a analgésicos convencionales. La radioterapia local alivia el dolor en la mayoría de los pacientes y es más efectiva cuanto más tempranamente se instaura⁷.

En definitiva, reconocer el SCO tiene gran importancia ya que su sospecha facilita la detección radiológica que, de confirmarse, supone la presencia de una enfermedad neoplásica avanzada. Dado que la radioterapia temprana ofrece una buena paliación de los signos y síntomas del SCO, su diagnóstico es importante para preservar la calidad de vida del paciente.

Bibliografía

- Greenberg HS, Deck MD, Vikram B, Chu FC, Posner JB. Metastasis to the base of the skull: Clinical findings in 43 patients. *Neurology*. 1981;31:530–7.
- Rodríguez-Pardo J, Lara-Lara M, Sanz-Cuesta BE, Fuentes B, Díez-Tejedor E. Occipital Condyle Syndrome: A Red Flag for Malignancy. *Comprehensive Literature Review and New Case Report. Headache*. 2017;57:699–708.
- Laigle-Donadey F, Taillibert S, Martin-Duverneui N, Hildebrand J, Delattre JY. Skull-base metastases. *J Neurooncol*. 2005;75:63–9.
- Marruecos J, Conill C, Valdivieco I, Vargas M, Berenguer J, Maurel J. Occipital condyle syndrome secondary to bone metastases from rectal cancer. *Clin Transl Oncol*. 2008;10:58–60.
- Hammoud MA, McCutcheon IE, Elsouki R, Schoppa D, Patt YZ. Colorectal carcinoma and brain metastasis: Distribution, treatment, and survival. *Ann Surg Oncol*. 1996;3:453–63.
- Laigle-Donadey F, Taillibert S, Martin-Duverneui N, Hildebrand J, Delattre JY. Skull-base metastases. *J Neurooncol*. 2005;75:63–9.
- Mitsuya K, Nakasu Y. Metastatic skull tumours: Diagnosis and management. *Eur Assoc NeuroOncol Mag*. 2014;4:71–4.

M. Martín Asenjo^{a,*}, J.M. Martín Guerra^a,
J. Galvan Fernández^b, M. Martín-Luquero Ibañez^a
y J.M. Prieto de Paula^a

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico
Universitario de Valladolid, Valladolid, España

^b Servicio de Radiología, Hospital Clínico Universitario de
Valladolid, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: miguel.martin.asenjo@gmail.com
(M. Martín Asenjo).

<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2018.04.009>
0213-4853/

© 2018 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier
España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC
BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Calcificación de discos intervertebrales como causa de tortícolis dolorosa en edad pediátrica



Intervertebral disc calcification as a cause of painful torticollis in children

Sr. Editor:

La tortícolis aguda es un motivo de consulta frecuente en pediatría. Su etiología es variada¹; por lo que es importante descartar una enfermedad grave subyacente.

Las calcificaciones de los discos intervertebrales son una entidad poco frecuente en la edad pediátrica que se ha descrito como causa de tortícolis dolorosa. Se presentan 3 casos de tortícolis secundaria a discopatía calcificante recogidos en nuestro hospital en los últimos 20 años, así como una revisión de la bibliografía de esta entidad.

Se presenta una serie de 3 casos, diagnosticados en los últimos 20 años en un hospital de tercer nivel. La edad de los pacientes se comprendió entre los 5 y 10 años (5, 6 y 10 años), 2 pacientes fueron varones y una mujer. La sintomatología consistió en tortícolis de aparición brusca, en 2 de los casos los pacientes presentaron desviación cefálica hacia el lado derecho y uno de los casos hacia el lado izquierdo. Únicamente uno de los pacientes había presentado episodios previos autolimitados (4 episodios previos similares en los últimos 2 meses, de entre 3 y 8 días de evolución). Solo uno de los casos presentó un antecedente traumático banal previo al inicio del cuadro clínico. El período de tiempo de evolución de la sintomatología hasta su diagnóstico se comprendió entre 5 y 10 días.

En la exploración física se objetivó desviación cefálica hacia el lado de la tortícolis, a nivel cervical asimetría de hombros, elevación de escápula ipsilateral al lado de la tortícolis, limitación para extensión de la cabeza y ligera contractura muscular a nivel de esternocleidomastoideo y trapecio ipsilaterales. Los 3 pacientes presentaban buen estado general y en ninguno de ellos se encontraron otros hallazgos patológicos en la exploración neurológica.

Las exploraciones complementarias incluyeron en los 3 pacientes radiografía cervicodorsal, en la que se objetivaron imágenes compatibles con calcificaciones a nivel intervertebral. En 2 de los pacientes las calcificaciones afectaron únicamente a un espacio intervertebral (C3-C4 y C2-C3, respectivamente). En uno de los pacientes se obje-

tivaron calcificaciones múltiples (C4-C5, C7-D1, D2-D3 y D5-D6) (fig. 1). Ningún paciente presentó compromiso del cordón medular. Las calcificaciones se confirmaron mediante RM (fig. 2). En 2 de los pacientes se completó el estudio con hemograma, bioquímica, calcitonina, PTH, hidroxiprolina, piridolinolona, metabolismo del fósforo y calcio, hormonas tiroideas, VSG balance renal y sedimento de orina que fueron normales.

El tratamiento de los pacientes consistió en tratamiento antiinflamatorio y analgésico (antiinflamatorios no esteroideos), cediendo la sintomatología en un período comprendido entre 5 y 35 días. La evolución radiológica de los pacientes fue variable, en uno de los pacientes se confirmó la desaparición de las calcificaciones a los 3 meses. Sin embargo, en otro de los casos, en control radiológico a los 4 meses no mostró cambios respecto al diagnóstico. En uno de los casos no se realizó control radiológico.

Las calcificaciones de los discos intervertebrales son una entidad poco frecuente en la edad pediátrica. Beluffi et al. revisaron de forma retrospectiva las radiografías realizadas durante 26 años a niños entre 0 y 18 años, detectando calcificaciones de los discos intervertebrales en 6 pacientes, en uno de ellos sintomáticas². Estas calcificaciones pueden afectar a discos intervertebrales, cuerpos vertebrales y estructuras músculo-ligamentosas, pudiendo provocar dolor cervical, alteraciones sensitivomotoras o tortícolis. Su etiología es desconocida, aunque podrían estar causadas por



Figura 1 Radiografía cervico-dorsal, proyección lateral. Calcificaciones de núcleos pulposos de discos intervertebrales (C4-C5, C7-D1, D2-D3 y D5-D6). Aumento de espacio a nivel intervertebral C4-C5 con aumento de partes blandas a nivel anterior en dicho nivel.