

Imagen del mes

Síndrome medular secundario a infiltración del canal espinal por mesotelioma pleural maligno

Spinal cord syndrome due to malignant pleural mesothelioma invading the spinal canal

Julietta Arena^{a,*}, Patricio Brand^a, Hernan Chaves^b,
Angel Cammarota^a y Néstor Wainsztein^c

^a Servicio de Neurología, Instituto de Investigaciones Neurológicas Raúl Carrea, FLENI, Buenos Aires, Argentina

^b Servicio de Diagnóstico por Imágenes, Instituto de Investigaciones Neurológicas Raúl Carrea, FLENI, Buenos Aires, Argentina

^c Servicio de Medicina Interna, Instituto de Investigaciones Neurológicas Raúl Carrea, FLENI, Buenos Aires, Argentina

Introducción

El mesotelioma pleural maligno es un tumor de la pleura casi invariablemente mortal. El tratamiento radical y agresivo de dicho tumor se reserva para un selecto subgrupo de pacientes. El resto se benefician del tratamiento paliativo sintomático. Por este motivo la enfermedad suele presentar múltiples complicaciones como disnea y dolor (90%), fatiga (36%), tos (22%), sudoración (22%), constipación (22%)^{1,2} o síntomas por compresión de estructuras adyacentes³. Este último es el caso de nuestra paciente, que se presentó con un síndrome medular por invasión del canal espinal.

Caso clínico

Paciente mujer, de 70 años de edad, con antecedentes de nódulo mamario benigno y derrame pleural recidivante desde 1997. En 2005 se le realizó videotoracoscopia con drenaje y pleurodesis derecha, estableciéndose el diagnóstico de mesotelioma pleural. En 2010 realizó quimioterapia y radioterapia.

Comenzó en enero de 2011 con dolor cervical en topografía C4-C6 derecho, con progresión posterior a izquierda. Un

mes más tarde agregó paraparesia, seguida de cuadriparesia progresiva, por lo cual consulta.

El examen neurológico mostró cuadriparesia moderada, hipotonía de 4 miembros e hiperreflexia generalizada con signos de Hoffman, Babinski y clonus inagotable bilaterales.

Se realizó RM de columna completa con y sin gadolinio (figs. 1 y 2), que mostró desplazamiento del cordón medular cervicodorsal en sentido anterior, a expensas de una lesión ocupante de espacio hiperintensa en T2 y STIR, hipointensa en T1, con refuerzo heterogéneo tras la administración de contraste endovenoso. Comprometía la mayor parte del hemitórax derecho con compresión y desplazamiento de las estructuras mediastínicas adyacentes y atelectasia del parénquima pulmonar vecino. Dicha lesión presentaba continuidad a través de los forámenes neurales hacia el espacio epidural posterior desde la base de cráneo hasta el nivel lumbar, con extensión y compromiso perirradicular bilateral a predominio derecho.

Discusión

En la imagen del caso descrito se presenta un mesotelioma pleural como causa poco frecuente de síndrome medular subagudo.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: julieta.arena1@yahoo.com.ar (J. Arena).

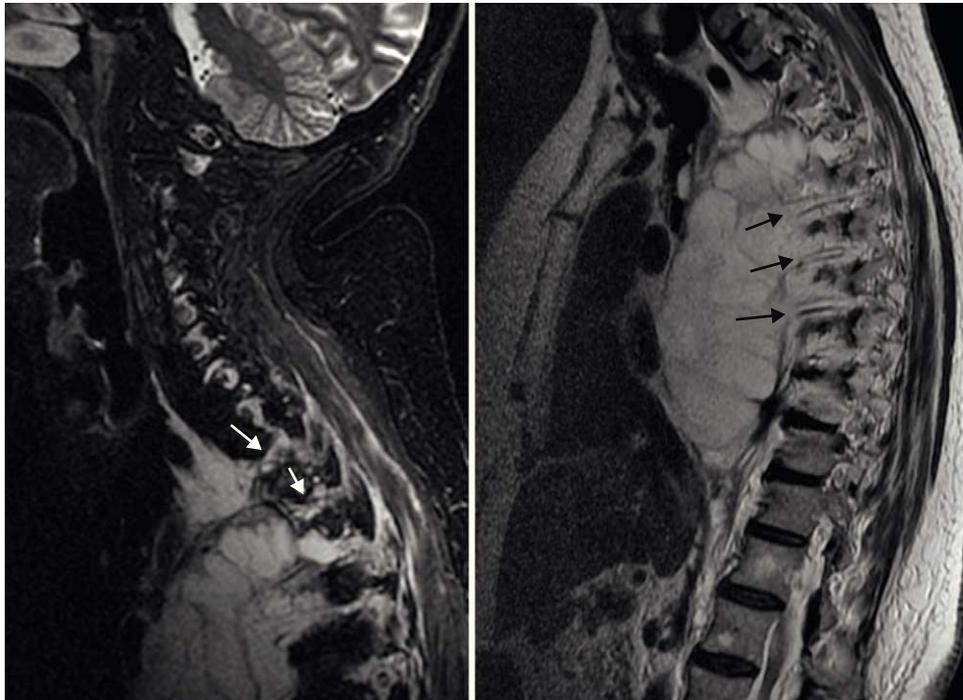


Figura 1 – RM de columna cervicodorsal (sagital STIR y T2). RM de columna cervicodorsal en la que se observa lesión voluminosa hiperintensa en T2 y STIR, ocupando la mayor parte del hemitórax derecho que presenta continuidad a través de los forámenes neurales hacia el espacio epidural posterior (flechas).



Figura 2 – RM de columna cervical (sagital T2). RM de columna cervical (T2) en la que se observa lesión heterogénea que se extiende en el espacio epidural posterior desplazando la médula en sentido anterior. Nótese el despegamiento dural a nivel de la charnela craneorraquídea (flechas). Véase también el corte axial evidenciando el mismo compromiso (flechas).

Habitualmente la enfermedad se caracteriza por un crecimiento insidioso y una presentación clínica en estadio avanzado⁴.

El tratamiento depende de la edad del paciente, del estatus funcional y del estadio de la enfermedad al momento de la presentación. La supervivida global para los pacientes con enfermedad avanzada es del 15% a 5 años⁵.

Si bien la invasión de estructuras adyacentes es un fenómeno común y bien descrito, la invasión del canal medular a través de los neuroforámenes es poco frecuente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Van Thiel E, Van Meerbeek J. European guidelines for the management of malignant pleural mesothelioma. *Pol Arch Med Wewn.* 2010;120:503-10.
2. Yamamuro M, Gerbaudo VH, Gill RR, Jacobson FL, Sugarbaker DJ, Hatabu H. Morphologic and functional imaging of malignant pleural mesothelioma. *Eur J Radiol.* 2007;64:356-66.
3. Nowak AK, Armato III SG, Ceresoli GL, Yildirim H, Francis RJ. Imaging in plural mesothelioma: A review of Imaging Research Presented at the 9th International Meeting of the International Mesothelioma Interest Group. *Lung Cancer.* 2010;70:1-6.
4. van Meerbeek JP, Scherpereel A, Surmont VF, Baas P. Malignant pleural mesothelioma: The standard of care and challenges for future management. *Crit Rev Onc.* 2011;78:92-111.
5. Raja S, Murthy SC, Mason DP. Malignant Pleural Mesothelioma. *Curr Oncol Rep.* 2011;13:259-64.