

dexametasona pautada por vía intravenosa durante una semana a las dosis indicadas, posteriormente, y ante la remisión de los síntomas, se modificó a una pauta descendente hasta la tercera semana.

El tratamiento del síndrome de la cola de caballo debe ser quirúrgico, pero su resultado clínico no está relacionado directamente con el tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta la cirugía. Únicamente se han encontrado diferencias en el SF-36 ODI y Low Back Outcome transcurridos 2 años de la presentación del cuadro en los pacientes operados en comparación con los no operados⁵. La evolución clínica favorable del caso que presentamos desde las primeras horas de iniciar el tratamiento con corticoides permitió posponer la indicación quirúrgica y continuar con la misma pauta de tratamiento.

La buena evolución clínica no se puede justificar exclusivamente por la corticoterapia ya que no hay referencias bibliográficas explícitas. En opinión de Domenicucci⁴ esta evolución clínica favorable puede ser debida al «efecto lavado» del LCR; este fenómeno es por reabsorción de la sangre antes de coagularse al estar en contacto ambos elementos. Otro factor a considerar es el volumen del sangrado, sobre el cual no hemos encontrado referencias bibliográficas. Las imágenes actuales de tabicación y deformidad mostradas en la RM (fig. 2) no tienen traducción en una sintomatología.

El caso presentado muestra la posibilidad de observar un síndrome meníngeo y de la cola de caballo simultáneamente después de una cirugía de hernia discal lumbar, como consecuencia de la lesión de los vasos perirradiculares conjuntamente con el saco dural en una discectomía lumbar. El paciente se recuperaría de esta complicación con

un tratamiento médico en determinadas situaciones, y no sería necesaria una reintervención para drenar el hematoma.

Conflicto de intereses

Los autores han declarado no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Kreppel D, Antoniadis G, Seeling W. Spinal hematoma: a literatura survey with meta-analysis of 613 patients. *Neurosurg Rev.* 2003;26:1-49.
2. Shimada Y, Sato K, Abe E, Miyakoshi N, Tsutsumi Y. Spinal subdural hematoma. *Skeletal Radiol.* 1996;25:477-80.
3. Ryota M, Soso N, Kaxuya U. Lumbosacral subdural Hematoma. Case report. *Neurol Med Chir (Tokyo).* 2006;46:258-61.
4. Domenuchi M, Ramieri A, Paolini S, Ruso N, Occhiogrosso G, Di Biasi C, et al. Spinal subaracnoid hematoma our experience and literature review. *Acta Neurochir (Wien).* 2005;147:714-50.
5. McCarthy MJ, Aylott CE, Grevitt MP, Hegarty J. Cauda equina syndrome: factors affecting long-term functional and spincteric outcome. *Spine.* 2007;15:207-16.

A. Molina Ros*, A. Matamalas Adrover y A. Garcia de Frutos

*Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología,
Hospital del Mar-Esperanza IMAS, Barcelona, España*

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 20017@imas.imim.es (A. Molina Ros)

doi:10.1016/j.recot.2009.01.008

Metástasis quística de carcinoma escamoso de cérvix en la región glútea. A propósito de un caso

Gluteal cystic metastasis of squamous cell carcinoma of the cervix: report on one case

Sr. Director:

Los tejidos blandos comprenden aproximadamente el 55% de la masa corporal, pero las metástasis hemáticas en ellos son poco frecuentes¹. Pueden influir diversos factores para que esta incidencia sea baja, como cambios en el pH, acumulación de metabolitos, así como la temperatura local en las localizaciones de partes blandas¹.

Presentamos una inusual forma de metástasis de un carcinoma de cérvix, debido a la estructura quística que adquirió y su localización en la región glútea.

Mujer de 64 años que desarrolló una tumoración de gran tamaño en la región posterolateral del glúteo derecho sin presentar dolor ni otros síntomas locales o sistémicos.

Como antecedentes presentaba trombocitopenia con esplenomegalia conocida desde febrero de 2006. En marzo de 2004 se le había diagnosticado un carcinoma escamoso de cérvix en estadio IIB de la International Federation

of Gynecologic Oncologists (FIGO): extensión local en el fondo de la cavidad pelviana y la vagina. Se trató con braquiterapia y radiación externa, con lo que se logró control local de la enfermedad.

Un año después desarrolló una metástasis ósea en la región metafisaria proximal del húmero izquierdo que se trató mediante enclavado profiláctico de tipo Hacketall y cementación del foco de osteólisis además de radioterapia externa del área afecta y quimioterapia. Por lo tanto, en el momento de la consulta, tenía un diagnóstico de carcinoma escamoso de cérvix en estadio IV de más de 3 años de evolución.

La paciente acudió a la consulta de oncología del aparato locomotor de nuestro centro en mayo de 2007 remitida desde el servicio de oncología médica (OM) por presentar una tumoración de 15 × 15 × 10 cm localizada en la región posterolateral del glúteo derecho. Previamente se le habían realizado varias ecografías que apuntaban, como posibilidad diagnóstica, a un hematoma encapsulado. En una eco-Doppler llamó la atención al radiólogo un entramado vascular que envolvía una cavidad quística.

Durante los 6 meses en que se siguió el caso en la consulta de OM se apreció un lento pero continuo crecimiento de la masa, sin poder diagnosticar su etiología. Sin embargo, comenzó a producirse un incremento del valor del marcador

CA 15.3. En la primera visita en nuestra consulta la exploración física mostraba un tumor de consistencia tensa, fluctuante, habiéndose objetivado líquido de características serohemáticas en su interior en varias punciones practicadas en los 6 meses de seguimiento, cuya anatomía patológica y el estudio bacteriológico resultaron siempre negativos (fig. 1).

La masa se encontraba firmemente adherida al plano de la fascia lata-aponeurosis superficial del glúteo mayor y tejido celular subcutáneo del lado derecho. Llamaba la atención la presencia de circulación colateral en la superficie cutánea y la ausencia de signos inflamatorios. Se realizó una tomografía computarizada (TC) en noviembre de 2006 y el diagnóstico radiológico fue compatible con seroma o colección líquida de etiología indeterminada, localizada fuera de la pelvis, sobre la estructura de los músculos glúteos derechos (fig. 2).

Se realizó una resonancia magnética (RM), en que se apreció la masa conocida, con contenido de características serohemáticas y metástasis óseas en el ala iliaca derecha. Se

solicitó una gammagrafía para determinar la extensión de las metástasis óseas que puso de manifiesto lesiones en costillas, raquis y pelvis. Los parámetros de laboratorio, a excepción del incremento del CA 15.3 y la trombocitopenia, se encontraban dentro de los valores normales y se pudo certificar negatividad en la determinación del VIH. En la última punción se obtuvo un diagnóstico anatomopatológico positivo del líquido: compatible con carcinoma epidermoide. Se programó para tratamiento con quimioterapia, cirugía y radioterapia.

En enero de 2008, una vez finalizada la quimioterapia, se realizó la escisión de la masa que presentaba unas dimensiones de 17 × 11 × 14 cm. La histología de la pieza confirmó que se trataba de una metástasis quística de carcinoma epidermoide de epitelio no queratinizante compatible con metástasis del tumor primario conocido de cérvix uterino (fig. 2B, C y D). La paciente ingresó en el servicio de hematología en marzo de 2008 por leucemia aguda secundaria a síndrome mieloproliferativo. Se desestimó la realización



Figura 1 Imagen del tumor inmediatamente antes de proceder a su extirpación. Puede apreciarse sus dimensiones, así como la vascularización colateral en su superficie.



Figura 2 Imagen de la tomografía computarizada de la pelvis en la que se observa la disposición de la masa sobre la aponeurosis de la musculatura glútea y su crecimiento hacia el tejido adiposo subcutáneo.

de cualquier tratamiento activo a partir de ese momento y se produjo su fallecimiento en mayo de 2008 como consecuencia de una hemorragia que no pudo ser contenida.

La mayoría de las recurrencias de carcinomas de cérvix se producen en la pelvis a los 2 años del diagnóstico del primario. Los lugares donde más frecuentemente se producen metástasis son: hígado (24%), pulmón (14%) y vértebras (8%)². Las metástasis sobre piel y tejido subcutáneo se producen en un 2% de todos los tumores sólidos, y son más frecuentes en tumores de mama, pulmón, intestino y ovario³. En el cáncer de cérvix esta incidencia es de menos del 0,8%^{2,3}. Menos del 1% del total de las metástasis hemáticas se localizan en el tejido muscular esquelético, a pesar de que cerca del 50% del peso corporal humano depende del tejido muscular y teniendo en cuenta, además, que es un tejido que se caracteriza por su rica vascularización¹. Los tumores conocidos por su potencial para metastatizar al músculo son el melanoma y los de riñón, pulmón y tiroides. También se han descrito metástasis en el músculo procedentes de linfoma, leucemia y cáncer de colon¹. Las metástasis musculares de carcinoma de cuello de útero son extremadamente raras^{4,5}. En la paciente que presentamos la metástasis tenía localización subcutánea, e infiltraba la aponeurosis superficial del músculo glúteo mayor que fue parcialmente reseada.

El diagnóstico de metástasis sobre tejidos blandos puede resultar complejo. Estas lesiones suelen ser dolorosas, palpables o causantes de deformidad según su localización, pero pueden cursar de forma asintomática^{4,5} o interpretarse como lesiones no malignas o confundirlas con sarcomas de partes blandas, cuyos pronóstico y tratamiento son diferentes^{1,6}. También pueden presentarse como manifestación inicial de un tumor primario oculto, por lo que su reconocimiento histológico es crucial para poder plantear un tratamiento adecuado¹. El diagnóstico por imagen habitualmente es de gran ayuda^{1,7}. En nuestro caso no fue de utilidad para el diagnóstico: ninguno de los procedimientos de imagen utilizados orientó el caso hacia el de una tumoración maligna, probablemente debido al inusual contenido líquido de la masa. Sólo la hipervascularización alrededor de la pared del quiste que puso de manifiesto la eco-Doppler sirvió para alertar sobre la verdadera etiología de la masa. No hay guías o protocolos para el manejo terapéutico de las metástasis de carcinoma de cérvix sobre partes blandas. Las opciones son la aplicación de radioterapia, la administración de quimioterapia y la resección quirúrgica, que deben emplearse de forma aislada o combinada, adaptándose a la situación clínica de la paciente. Nosotros decidimos realizar un tratamiento combinado basado en la radiación externa sobre el área afecta más quimioterapia, y dada la localización de la lesión, accesible para una extirpación con baja morbilidad, y el buen estado clínico de la paciente en ese momento, así como la situación estacionaria del resto de las lesiones metastásicas en costillas y pelvis, en este caso se realizó una metastasectomía.

Se han comunicado casos de metástasis de carcinoma escamoso de cérvix en tejidos blandos, pero en ningún caso con las características morfológicas y anatómicas del que presentamos. Se han publicado metástasis quísticas de carcinoma de cérvix en el psoas, con la particularidad de que esta forma de presentación, similar a un absceso, suele darse en pacientes con serología positiva para el VIH, en las

que la enfermedad ginecológica de base se comporta con una mayor agresividad^{4,8}. También se ha comunicado este tipo de lesión en pacientes seronegativas, pero siempre circunscritas al músculo psoas en el contexto de una metástasis hemática^{5,6}. El pronóstico de los pacientes que desarrollan metástasis sobre partes blandas es malo, debido a que, generalmente, presentan ya una enfermedad metastásica difusa¹⁻⁶. En conclusión, se trata de un caso de metástasis quística de localización atípica en una paciente con un carcinoma de cérvix en estadio IV. La aparición de una lesión de estas características en un paciente con un tumor primario conocido obliga a descartar, como posibilidad diagnóstica de la masa, la metástasis.

Agradecimientos

A la Dra. Aurora Astudillo, del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Central de Asturias.

Bibliografía

1. Plaza JA, Pérez-Montiel D, Mayerson J, Morrison C, Suster S. Metastases to soft tissue: A review of 118 cases over a 30-year period. *Cancer*. 2008;112:193-203.
2. Amit A, Edwards CL, Athey P, Kaplan AL. Extensive subcutaneous metastases from squamous cell carcinoma of the cervix in patient with HIV. *Int J Gynecol Cancer*. 2001;11:78-80.
3. Chung JJ, Namiki T, Dohson DW. Cervical cancer metastasis to the scalp presenting as alopecia neoplasica. *Int J Dermatol*. 2007;46:188-9.
4. Singh CS, Aikins JK, Deger R, King S, Mikuta JJ. Metastatic cervical cancer and pelvic inflammatory disease in an AIDS patient. *Gynecol Oncol*. 1994;54:372-6.
5. Devendra K, Tay SK. Metastatic carcinoma of the cervix presenting as a psoas abscess in an HIV-negative woman. *Singapore Med J*. 2003;44:302-3.
6. Bar-Dayyan Y, Fishman A, Levi Z, Rachmani R. Squamous cell carcinoma of the cervix with psoas abscess-like metastasis in a HIV-negative patient. *Isr J Med Sci*. 1997;33:674-6.
7. Damron TA, Heniner J. Distant soft tissue metastases: a series of 30 new patients and 91 cases from the literature. *Ann Surg Oncol*. 2000;7:526-34.
8. Schwartz LB, Carcangiu ML, Bradham L, Schwartz PE. Rapidly progressive squamous cell carcinoma of the cervix coexisting with human immunodeficiency virus infection: clinical opinion. *Gynecol Oncol*. 1991;41:255-8.

E. López-Anglada Fernández^{a,*}, N. Villanueva Palicio^b y A. Braña Vigil^c

^aServicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

^bServicio de Oncología Médica, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

^cServicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: elanglada@gmail.com
(E. López-Anglada Fernández).