



Metástasis vertebral de L1 por carcinoma epidermoide de labio inferior

Vertebral L1 metastasis from lower lip epidermoid carcinoma

Christian Gerardo Colín González,* Esteban Reyes Velasco†

Masculino de 44 años con antecedente de carcinoma epidermoide en el labio inferior, quien se sometió a cirugía en dos ocasiones entre 2014 y 2015. Fue referido a clínica de columna por Oncología con sospecha de síndrome de mielopatía por lesión osteolítica vertebral en L1 y dolor lumbar alto con calificación 10/10 en la escala visual análoga (EVA) que imposibilitaba la deambulación; el índice de discapacidad de Oswestry fue de 84%.

A la exploración física, encontramos al paciente postrado en decúbito, con facies de dolor, quien presentó lesión a nivel de labio inferior derecho y una masa tumoral de 4 por 5 cm a nivel del esternón; los campos pulmonares se encontraron limpios, y con ruidos cardíacos rítmicos y sin fenómenos agregados; abdomen se encontró normal; extremidades torácicas, sin alteraciones, extremidades pélvicas con calificación 3/5 en examen clínico muscular, hiperestesia a nivel T12 e hipoestesia bilateral por debajo



Figura 1: Cicatriz de cirugía previa en labio inferior con diagnóstico de carcinoma epidermoide.

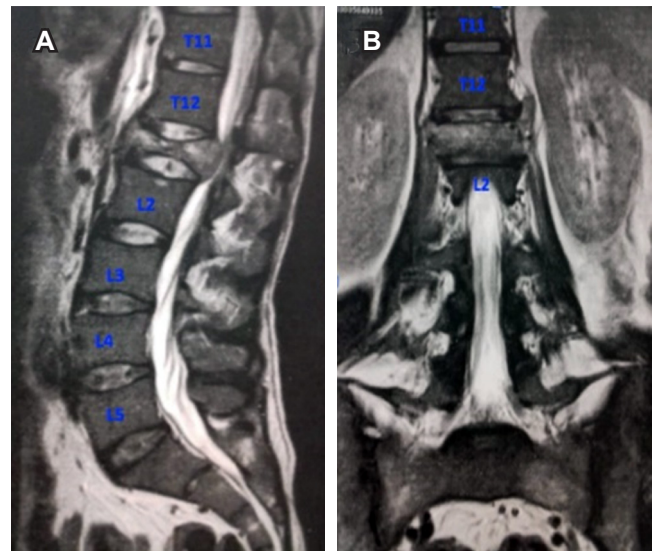


Figura 2: Resonancia magnética en cortes sagital (A) y coronal (B) que muestran una fractura por compresión secundaria a destrucción vertebral por metástasis de carcinoma epidermoide.

* Ortopedista.

† Neurocirujano.

División de Cirugía del Hospital Ángeles León. León, Guanajuato, México.

Correspondencia:

Christian Gerardo Colín González

Correo electrónico: drchristiancolin@gmail.com



Figura 3:

(A) Vista transquirúrgica. Toma de biopsia transpedicular tipo *eggshell*; (B) instrumentación y laminectomía, postoma de biopsia; (C) imagen radiográfica postquirúrgica lateral de columna dorsolumbar.

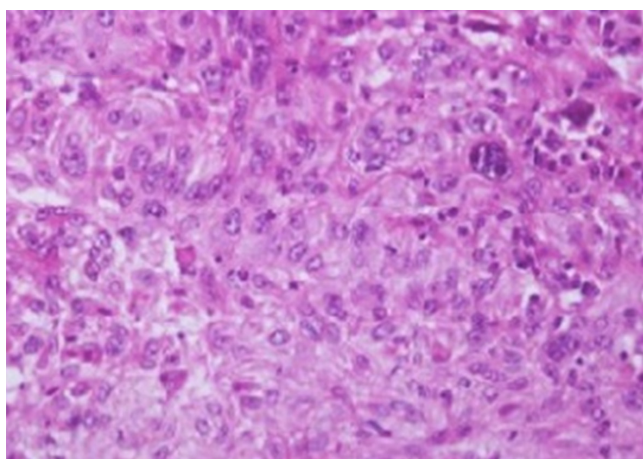
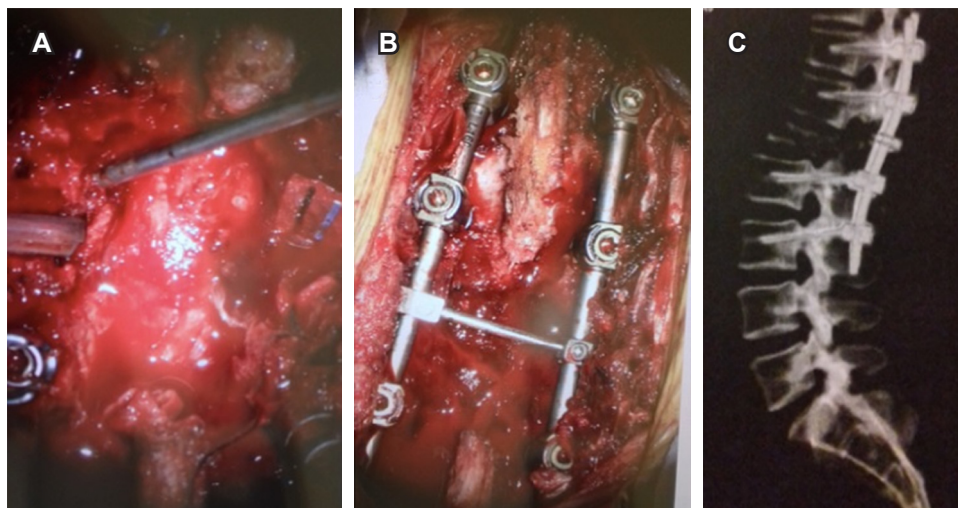


Figura 4: Corte histológico que muestra histoquímica con evidencia de citoqueratina cocktail positivo difuso.

de L1, reflejos rotuliano y aquileos incrementados +++; signo de Babinski bilateral, pulsos y llenado capilar normales, y control preservado de esfínteres. Se determinó como diagnóstico: síndrome de destrucción vertebral L1 secundario a metástasis y lesión medular incompleta tipo D de la escala ASIA (*American Spinal Injury Association*).

Se efectuó biopsia tipo *eggshell* en la vértebra L1 e instrumentación transpedicular y laminectomía para descompresión medular. A tres meses de evolución, el paciente

se encontró asintomático con índice de discapacidad de Oswestry de 28%. En un segundo tiempo, se efectuó una corpectomía con colocación de expansor e injerto óseo. Su evolución a tres meses de la segunda intervención fue satisfactoria con el paciente asintomático y sin manifestaciones neurológicas.

Veintiún por ciento de los casos de carcinoma epidermoide con localización en cabeza y cuello originan metástasis a distancia;¹ de éstas, 27% es en el hueso extraaxial,² siendo infrecuente que originen síndrome de destrucción vertebral.³

El papel de la cirugía en este tipo de lesiones adquiere gran relevancia,⁴ principalmente en los casos con déficit neurológico por invasión al conducto intrarraquídeo, demostrándose un incremento en la supervivencia con lesión única.

REFERENCIAS

1. O'Briek PH, Carlson R, Steubner EA, Staley CT. Distant metastases in epidermoid cell carcinoma of the head and neck. *Cancer*. 1971; 27: 304-307.
2. Duprez F, Berwouts D, De Neve W, Bonte K, Boterberg T, Deron P et al. Distant metastases in head and neck cancer. *Head Neck*. 2017; 39: 1733-1743.
3. Jimenez JM, Cahueque MA, Cobar AE, Bregni-Duraés MC. Vertebral destruction syndrome: from knowledge to practice. *J Spine*. 2015; 4: 251-254.
4. Patchell RA, Tibbs PA, Regine WF, Payne R, Saris S, Kryscio RJ et al. Direct decompressive surgical resection in the treatment of spinal cord compression caused by metastatic cancer: a randomised trial. *Lancet*. 2005; 366: 643-648.