

Sobre artículo: “Tumor maligno de columna vertebral”

About: Malignant tumor of the spine

Leonado Arce Galvez^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-4889-2445>Lina María Rodríguez Vélez¹ <https://orcid.org/0000-0002-3375-0276>¹Departamento de Medicina Física y Rehabilitación, Universidad del Valle, Cali, Colombia.Autor para la correspondencia: leonardo.arce@correounivalle.edu.co

Recibido: 29/12/2020

Aprobado: 27/04/2021

Estimado editor;

En relación con la presentación de caso de tumor maligno de columna vertebral publicado en el volumen 34 numero 2 de la revista, felicitamos a los autores por el esfuerzo en mostrar una patología presente en el paciente oncológico en mayor medida con un gran impacto en funcionalidad y calidad de vida de no ser tratada de manera temprana;⁽¹⁾ nos presentan una paciente que acude a los servicios de salud de manera tardía con manifestaciones neurológicas presentes y un pronóstico poco favorable determinado por el tiempo de evolución. Consideramos el diagnóstico de la paciente como un síndrome de compresión medular maligno basados en las manifestaciones clínicas y nota quirúrgica de retiro de lesión compresiva,⁽²⁾ se debe complementar la descripción clínica orientando el diagnóstico y seguimiento con métodos objetivos de clasificación para la fuerza de 0 a 5 y uso de músculos clave, la sensibilidad de 0 a 2 en relación a la normalidad o hallazgos patológicos además de la descripción sensitiva de los segmentos sacros⁽³⁾ el manejo prioritario del paciente con síndrome de compresión medular maligna se basa en la sospecha clínica y la confirmación imagenológica, el medio de elección debe ser la resonancia magnética, siendo la tomografía con mielografía una opción solo en caso de no tener disponibilidad o existir alguna contraindicación,⁽⁴⁾ en el caso presentado se justifica la intervención solo con tomografía pero se resalta la importancia de la resonancia en la evaluación de las estructuras blandas en especial de la medula espinal y las raíces nerviosas.

La intervención quirúrgica y la radioterapia juegan un papel principal en el tratamiento de los pacientes, estabilizando la columna, disminuyendo el dolor y mejorando la calidad de vida⁽⁵⁾ sin dejar de lado las intervenciones paliativas

adicionales que son fundamentales en el pronóstico funcional de paciente resaltando el uso de glucocorticoides desde la sospecha clínica inicial hasta el inicio de la radioterapia favoreciendo el control del dolor y la preservación de la función neurológica. ⁽⁶⁾ Se sugiere además tener en cuenta en el paciente con una columna inestable sin posibilidad de intervención quirúrgica en base al riesgo anestésico o comorbilidades o en resección de tumor sin estabilización el uso de dispositivos ortésicos⁽⁷⁾ con el objetivo de estabilizar la lesión y disminuir el deterioro neurológico además de definir los dispositivos de uso ambulatorio de asistencia en marcha o movilidad según la condición garantizando integración familiar, social, independencia y calidad de vida. ⁽⁸⁾

El manejo de la compresión medular maligna debe ser multidisciplinario, teniendo en cuenta desde la atención inicial en el servicio de urgencias la sospecha clínica y adecuado examen físico neurológico del paciente oncológico, la rápida confirmación con imágenes diagnósticas, las intervenciones farmacológicas y de rehabilitación además de favorecer las intervenciones quirúrgicas y radioterapéuticas con el objetivo de maximizar el pronóstico funcional y de vida del paciente.

Cordialmente:

Leonado Arce Gálvez

Referencias bibliográficas

1. Lawton AJ, Lee KA, Cheville AL, Ferrone ML, Rades D, Balboni TA. review article abstract Assessment and Management of Patients With Metastatic Spinal Cord Compression : A Multidisciplinary Review 2020;37. DOI: <https://doi.org/10.1200/JCO.2018.78.1211>.
2. Levack P, Graham J, Collie D, Grant R, Kidd J, Kunkler I, et al. Don't wait for a sensory level--listen to the symptoms: a prospective audit of the delays in diagnosis of malignant cord compression. Clin Oncol (R Coll Radiol) 2002;14:472-80. DOI: <https://doi.org/10.1053/clon.2002.0098>.
3. Roberts TT, Leonard GR, Cepela DJ. Classifications In Brief : American Spinal Injury Association (ASIA) Impairment Scale. Clin Orthop Relat Res 2017;475:1499-504. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11999-016-5133-4>.
4. Schiff D, O'Neill BP, Wang CH, O'Fallon JR. Neuroimaging and treatment implications of patients with multiple epidural spinal metastases. Cancer 1998;83:1593-601.
5. Fehlings MG, Nater A, Tetreault L, Kopjar B, Arnold P, Dekutoski M, et al. Survival and Clinical Outcomes in Surgically Treated Patients With Metastatic Epidural Spinal Cord Compression: Results of the Prospective Multicenter AOSpine Study. J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol 2016;34:268-76. DOI: <https://doi.org/10.1200/JCO.2015.61.9338>.
6. Abrahm JL, Banffy MB, Harris MB. Spinal cord compression in patients with advanced metastatic cancer: "all I care about is walking and living my life". JAMA

2008;299:937-46. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.299.8.937>.

7. Lee SH GRKC, Kilbride L. Positioning and spinal bracing for pain relief in metastatic spinal cord compression in adults. Cochrane Database Syst Rev 2015. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007609.pub3>.

8. Rodríguez Lina M. Baena Catalina. Síndrome de compresión medular. In: Paliativos AC de C, editor. Paliación y cancer, 2021, p. 261-77.