

El 12% de las metástasis espinales se producen en la columna cervical (Pilge et al. 2011).

Tratamiento

Junto con la administración coadyuvante médica, la cirugía de las metástasis cervicales es de baja morbilidad y puede lograr la mejora sintomática en la mayoría de los pacientes durante el resto de su vida (Quan et al. 2011).

Aunque no hay estudios de nivel 1 para guiar la toma de decisiones en este ámbito, una revisión de la literatura en el 2009 proporcionó algunas directrices generales para el manejo clínico.

La afectación metastásica de las regiones de unión de la columna cervical (OCC-C2 y C7-T1) y / o cifosis y colapso implicadas en cualquier región de la columna cervical son factores clave que influyen en la decisión de estabilizar.

Las técnicas posteriores se ven favorecidas a nivel occipitocervical mientras que las técnicas anteriores son generalmente recomendadas en la columna cervical baja, mientras que las vías anterior o posterior pueden ser utilizados en la unión cervicotorácica (Fehlings et al. 2009).

Anterior

Consiste en la corporectomía anterior, reconstrucción con caja y fijación con placa (Qian et al. 2010).

Unión cervicotorácica

La esternotomía proporciona la máxima exposición aunque se prefiere minimizar el trauma quirúrgico, siempre y cuando los objetivos quirúrgicos no se vean comprometidos. No hay criterios cuantitativos en la actualidad para determinar antes de la cirugía que criterios seguir para exponer suficientemente la anatomía pertinente aunque un parámetro podría ser la distancia manubrial (Fraser et al. 2002).

Bibliografía

Fehlings, Michael G, Kenny S David, Luiz Vialle, Emiliano Vialle, Mathias Setzer, y Frank D Vrionis. 2009. Decision making in the surgical treatment of cervical spine metastases. Spine 34, no. 22 Suppl (Octubre 15): S108-117. doi:10.1097/BRS.0b013e3181bae1d2.

Fraser, Justin F, Ashish D Diwan, Margaret Peterson, Michael F O'Brien, Douglas N Mintz, Safdar N Khan, y Harvinder S Sandhu. 2002. Preoperative magnetic resonance imaging screening for a surgical decision regarding the approach for anterior spine fusion at the cervicothoracic junction. Spine 27, no. 7 (Abril 1): 675-681.

Pilge, H, B M Holzapfel, P M Prodinger, M Hadjamu, H Gollwitzer, y H Rechl. 2011. [Diagnostics and therapy of spinal metastases.]. Der Orthopade 40, no. 2 (Febrero): 185-196. doi:10.1007/s00132-010-1738-6.

Qian, Jun, Ye Tian, Jian-hua Hu, y Gui-xing Qiu. 2010. [Surgical treatment for subaxial cervical spine metastatic tumor]. Zhonghua Yi Xue Za Zhi 90, no. 17 (Mayo 4): 1200-1203.

Quan, Gerald M, Jean-Marc Vital, y Vincent Pointillart. 2011. Outcomes of palliative surgery in metastatic disease of the cervical and cervicothoracic spine. Journal of Neurosurgery. Spine (Marzo 4). doi:10.3171/2011.1.SPINE10463. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21375384>.

From:

<https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - **Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661**

Permanent link:

https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=metastasis_espinal_cervical

Last update: **2025/05/04 00:01**

