

Fractura por estallido de C2 como primera manifestación de mieloma múltiple

Ángel Rodríguez Álvarez¹, Luis Alejandro Esparragoza Cabrera¹, Cristina Igualada Blázquez¹, Javier Vaquero-Martín¹

¹ Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

Introducción y objetivo

El mieloma múltiple es una neoplasia de células plasmáticas con repercusión sistémica y lesiones osteolíticas. Supone el tumor primario maligno más frecuente en la columna. La clínica a nivel musculoesquelético se basa en dolor óseo, secundario a fracturas vertebrales espontáneas por aplastamiento o infiltración ósea difusa.

El objetivo fue presentar un caso de mieloma múltiple diagnosticado a partir de la fractura por estallido de C2 como primera manifestación de la enfermedad y analizar el proceso diagnóstico y terapéutico.

Material y métodos

Mujer de 70 años, que acude al servicio de urgencias por dolor cervical brusco e importante impotencia funcional sin sintomatología neurológica, tras un movimiento de flexo-extensión cervical banal. La paciente no refiere fiebre, síndrome constitucional, ni episodios previos de dolor cervical significativo. Antecedentes personales: HTA, hipercolesterolemia, Gammapatía monoclonal de significado incierto (CM IgM-K e IgG-L) en 2016.

En urgencias de otro centro hospitalario se realiza una radiografía cervical observándose cambios degenerativos, siendo la paciente dada de alta con el diagnóstico de cervicoartrosis, tratamiento analgésico y collarín blando antiálgico.

Cinco días más tarde la paciente acude urgencias de nuestro centro ante la persistencia de la sintomatología. Exploración física: no deformidad ni crepitación, no tumefacción ni equimosis, no masas palpables, espinopresión cervical positiva, dolor difuso paravertebral bilateral, impotencia funcional importante. Ausencia de sintomatología neurológica en MMSS y MMII.

Ante esta sintomatología y la dificultad para conseguir proyecciones radiológicas adecuadas por el dolor de la paciente se realiza TAC cervical, que muestra una lesión lítica con amplia destrucción cortical que afecta a la totalidad del cuerpo de C2 y condiciona una fractura-colapso del cuerpo vertebral con angulación anterior odontoidea y anterolistesis grado 1-2 de C1-C2. Relación atloodontoides conservada. RMN sin datos de mielopatía

Tras el hallazgo se procede a la inmovilización cervical de la paciente con collarín rígido tipo Philadelphia y el posterior cambio a un Halo con tracción para asegurar la estabilidad de la columna cervical hasta llevarse a cabo el tratamiento definitivo.



Resultados

Ante los hallazgos altamente sugestivos de fractura de etiología metastásica, se realiza un estudio de extensión realizando un TAC-Body y analítica sanguínea completa con proteinograma y marcadores tumorales.

El TAC-Body muestra osteopenia radiológica con dudosas lesiones líticas sin otros datos de agresividad en columna dorsolumbar. Los antecedentes unidos a la gammapatía monoclonal ya conocida, nos plantea el mieloma múltiple, como diagnóstico más probable. La paciente es valorada por el servicio de hematología confirmándose el diagnóstico de Mieloma Múltiple IgGL tras la biopsia de médula ósea (30% C. Plasmáticas).

Tratamiento quirúrgico: Reducción mediante halo-tracción y fusión occipito-cervical posterior con placa occipital+tornillos C3-C5 en masas laterales (OASIS - STRYKER) y aporte de injerto óseo. Biopsia: infiltración vertebral por células plasmáticas. Tratamiento mieloma: VTD (Bortezomid, Talidomida Dexametasona). Radioterapia (30 Gy) sobre C2.

Evolución postoperatoria satisfactoria, sin sintomatología neurológica ni complicaciones relevantes. Tras 12 meses de evolución, se encuentra asintomática y en seguimiento por hematología.



Conclusión

El dolor cervical agudo sin antecedente traumático constituye un motivo frecuente de consulta en urgencias de traumatología.

La mayoría de ocasiones presenta un carácter mecánico, pero puede tratarse de la primera manifestación de patologías sistémicas como el mieloma múltiple.

El tratamiento de elección de las lesiones óseas sintomáticas es la radioterapia, quedando relegada la cirugía a estabilización de fracturas, casos de compresión medular o radicular y dolor refractario al tratamiento radioterápico.