

CASO CLÍNICO

Acrometástasis en miembro inferior por adenocarcinoma pulmonar



Elena Espinosa Muñoz*, Diego Ramírez Ocaña, Ana María Martín García y Carmen Puentes Zarzuela

Unidad de Gestión Clínica de Medicina Nuclear, Hospital Regional Universitario de Málaga, España

Recibido el 18 de noviembre de 2015; aceptado el 14 de enero de 2016

Disponible en Internet el 8 de marzo de 2016

PALABRAS CLAVE

Carcinoma células no pequeñas pulmonar;
Metástasis;
Extremidad inferior

KEYWORDS

Carcinoma;
Non-small-cell lung;
Metastasis;
Lower limb

Resumen Se presenta el caso de un paciente que refiere un cuadro de dolor en el miembro inferior izquierdo, más acusado en zona pretibial, atraumático, desde hace 6 meses. El dolor, de características no mecánicas, era refractario al tratamiento, constante, impidiendo el descanso nocturno. Se realizaron estudios complementarios cuyo primer diagnóstico fue osteomielitis, iniciándose tratamiento antibiótico. Al no ceder el cuadro, fue evaluado nuevamente con el diagnóstico final de acrometástasis en el miembro inferior izquierdo como primer signo clínico de un adenocarcinoma pulmonar.

Acrometástasis en miembro inferior secundaria a un caso de adenocarcinoma pulmonar es infrecuente y suele proceder de cáncer colorrectal y/o tracto urogenital. En ocasiones puede inducir a una sospecha diagnóstica errónea, con el consiguiente retraso en el diagnóstico.

© 2016 Sociedad Mexicana de Oncología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Lower limb acrometastasis due to lung adenocarcinoma

Abstract The case is presented of a patient who referred to a clinical history of non-traumatic pain, of six months onset, in the left lower limb, which was more intensive in pretibial region. The pain was non-mechanical in character, treatment resistant, constant, and with night rest difficulty. Several tests were performed, with osteomyelitis being the primary diagnosis, and antibiotics were started. There was no improvement, and the patient was evaluated again, with the final diagnosis of left lower limb acrometastasis as the first clinical sign of lung adenocarcinoma.

* Autor para correspondencia. Hospital Regional Universitario de Málaga, Avenida Carlos Haya s/n 29010, Teléfono: +34 951291199.
Correo electrónico: elenaespinosamunoz@gmail.com (E. Espinosa Muñoz).

Acrometastasis in lower limbs due to lung adenocarcinoma is uncommon and usually arises from colorectal or urogenital cancer. Occasionally it may be lead to an erroneous suspicion resulting in a delay in diagnosis.

© 2016 Sociedad Mexicana de Oncología. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Las acrometástasis generalmente se presentan en el contexto de una enfermedad metastásica diseminada, apareciendo en el 0,3 al 3% de los casos¹. Sin embargo, excepcionalmente pueden presentarse como el primer signo de una enfermedad metastásica. Según la localización de las acrometástasis, puede sospecharse la naturaleza del tumor primario. Las localizadas en los miembros superiores provienen de cáncer de pulmón en primer lugar, seguido de

carcinoma de mama. Sin embargo, las metástasis óseas en los miembros inferiores, son infrecuentes y suelen proceder de cáncer colorrectal y tracto urogenital¹.

Caso clínico

Presentamos un caso de acrometástasis en el miembro inferior izquierdo como primer signo clínico de un adenocarcinoma pulmonar.

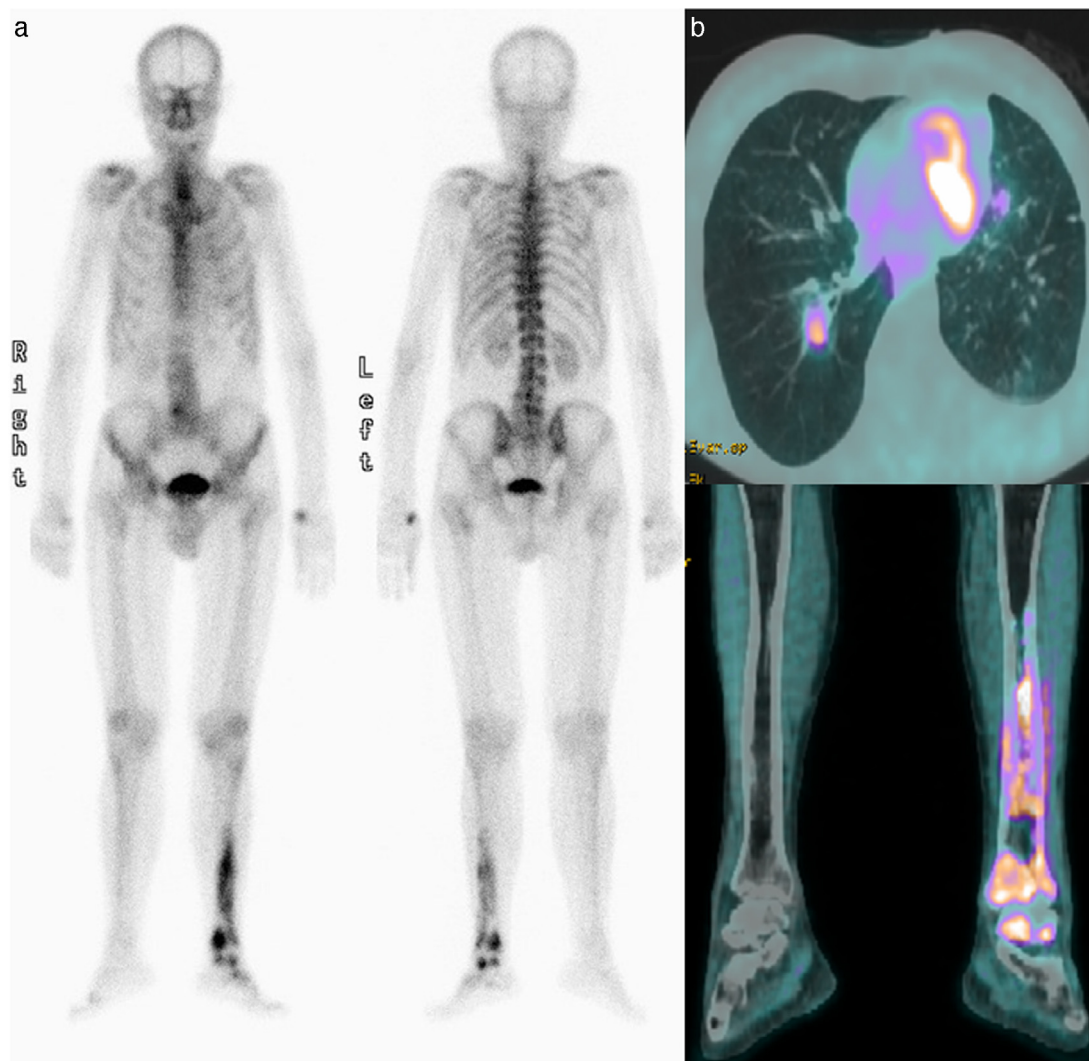


Figura 1 a) Gammagrafía ósea: depósitos patológicos de radiotrazador en la mitad inferior de la tibia, el peroné y el tarso izquierdos, indicativos de infiltración metastásica. b) PET-TC: captaciones hipermetabólicas a nivel de lóbulos pulmonares superior izquierdo e inferior derecho, segmento V-VI hepático, adenopatías en hilio hepático y retroperitoneales, captación en el tercio proximal de fémur derecho con múltiples focos hipercaptantes en la tibia, el peroné y los huesos del pie izquierdo, compatibles con metástasis.

Varón de 74 años, exfumador y con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. En seguimiento otorrinolaringológico por carcinoma de laringe tratado con cirugía y radioterapia hace 13 años. En estudio por Atención Primaria por un cuadro de 6 meses de evolución de dolor en el miembro inferior izquierdo, más acusado en zona pretibial, traumático, motivo por el cual había acudido a Urgencias en varias ocasiones. El dolor era constante, de características no mecánicas, que impedía el descanso nocturno y refractario al tratamiento. El paciente se encontraba afebril y presentaba una ligera pérdida de peso. Inicialmente, la radiografía simple del miembro inferior izquierdo no mostraba hallazgos significativos. Se realizó una resonancia magnética y una gammagrafía ósea ante la sospecha de posible osteomielitis, complementándose el estudio con galio-67 citrato y leucocitos marcados con Tc99m-HMPAO. Las pruebas realizadas descartaron causa infecciosa. Ante la persistencia de la clínica, acude nuevamente a Urgencias e ingresa en el servicio de Medicina Interna con la sospecha diagnóstica de osteítis tumoral.

Durante su ingreso se realizan una radiografía y una TC de tórax, con resultado de gran masa en el lóbulo superior izquierdo, con extensión hasta el hilio izquierdo, derrame pleural y pérdida de volumen asociado, con amputación del bronquio del lóbulo superior izquierdo, indicativo de proceso neofornativo. El diagnóstico anatomopatológico fue de carcinoma pobremente diferenciado, patrón sólido, con perfil inmunohistoquímico de adenocarcinoma pulmonar. El análisis molecular del EGFR no detectó ausencia de mutaciones detectables en los exones 18 a 212 de EGFR. La analítica presentó niveles altos para fosfatasa alcalina, transaminasas y marcadores tumorales; para complementar el estudio de extensión, se realizó gammagrafía ósea y PET-TC (fig. 1), cuyos resultados fueron compatibles con enfermedad tumoral diseminada.

El paciente se encontraba en tratamiento con corticoides, antiinflamatorios no esteroideos, neurolépticos y mórficos, con escasa respuesta, iniciándose radioterapia local paliativa con leve mejoría del dolor. Se optó por seguir con tratamiento radioterápico e inicio de quimioterapia.

Discusión

El cáncer de pulmón representa el 15% de todos los cánceres y es la principal causa de muerte por cáncer en la mayoría de los países industrializados^{2,3}.

La incidencia de la variante histológica de adenocarcinoma ha aumentado de forma significativa en los últimos años y en la actualidad constituye el 35-50% de los casos de cáncer de pulmón. Suelen desarrollarse en la periferia del pulmón y la característica histológica fundamental es la formación de estructuras glandulares atípicas con formación de moco. En general, son heterogéneos y están compuestos por más de un subtipo en más del 80% de los casos^{2,3}.

En el momento del diagnóstico de cáncer de pulmón, se aprecian metástasis óseas en el 3-60% de los pacientes y un 40% de ellos se encuentran asintomáticos⁴. Dichas metástasis afectan con frecuencia a vértebras, costillas y huesos de la pelvis, siendo el dolor el síntoma fundamental⁵. El

cáncer de pulmón invade precozmente la vascularización arterial, por lo que es más probable la afectación distal de extremidades⁶.

Las acrometástasis suelen aparecer con la enfermedad avanzada, son de mal pronóstico y el tratamiento se dirige a paliar el dolor¹. Son de difícil diagnóstico, confundiendo frecuentemente con procesos benignos como panadizos, traumatismos, artritis reumatoide, osteomielitis o gota^{1,7}. De esta manera, la metástasis ósea distal de nuestro paciente se interpretó como una osteomielitis en función de las pruebas de imagen iniciales. El enfoque terapéutico-paliativo incluye quimioterapia, legrado y amputación de lesiones solitarias en huesos cortos cuando no hay respuesta a medicación analgésica y/o radioterapia (reservada para lesiones múltiples)^{1,7}.

Conclusiones

Parece indicado, ante un cuadro de dolor constante, progresivo, traumático y refractario al tratamiento, descartar la posible existencia de un tumor primario, entre ellos el de origen pulmonar, como causante de acrometástasis. Por lo tanto, es importante la realización de una historia clínica completa y una exploración física minuciosa, así como la correcta valoración en los hallazgos de las pruebas de imagen, ya que dichas lesiones malignas pueden presentar similitudes con otros procesos benignos e inducir a un retraso en el diagnóstico. Un diagnóstico precoz implicaría mayor supervivencia, siendo esta ya de por sí baja, apenas alcanza un 15% a los 5 años².

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Borobio León G, García Plaza A, García Cepeda I, et al. Metástasis en mano de adenocarcinoma de recto. Un caso excepcional. *Cir Esp*. 2010;88(3):188-205.
2. Agustí García-Navarro C, Marrades Sicart R, Molins López Rodó L. Tumores broncopulmonares. En: Farreras-Rozman C, editor. *Medicina Interna*, 1, 17.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2012. p. 722-34.
3. Ho Yun L, Joungho H, Kyung Soo L, et al. Lung adenocarcinoma as a solitary pulmonary nodule: Prognostic determinants of CT, PET, and histopathologic findings. *Lung Cancer*. 2009;66:379-85.
4. Mitjavila Casanovas M, García Cañamaque L. Patología ósea metastásica y tumores óseos primarios. En: Soriano Castrejón A, Martín-Comín J, García Vicente AM, editores. *Medicina Nuclear en la práctica clínica*. 2.ª ed. Madrid: Aula Médica; 2012. p. 101-21.
5. Ettinger DS. Cáncer de pulmón y otras neoplasias pulmonares. En: Cecil-Goldman L, editor. *Tratado de Medicina Interna*, 1, 24.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013. p. 1267-75.
6. Ziessman HA, O'Malley JP, Thrall JH. Skeletal scintigraphy. En: Thrall JH, editor. *Nuclear Medicine*. 3rd ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2006. p. 113-58.
7. Lucilli N, Mattacheo A, Palacios A. Acrometástasis por cáncer de pulmón. A propósito de un caso. *Arch Bronconeumol*. 2010;46(5):278-83.