

Metástasis en el primer metacarpiano como manifestación inicial de un cáncer de pulmón

E. MUÑOZ-MAHAMUD⁽¹⁾, A. COMBALIA⁽¹⁾, J. RAMÍREZ⁽²⁾, X. ALEMANY⁽¹⁾

HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA, UNIVERSITAT DE BARCELONA. BARCELONA, ESPAÑA

⁽¹⁾ SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA. INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN AUGUSTO PI I SUNYER (IDIBAPS)

⁽²⁾ SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA

Correspondencia:

Dr. Ernesto Muñoz-Mahamud
Hospital Clínic de Barcelona
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología
Barcelona, España
Dirección: C/ Villarroel 170
Barcelona 08036 (España)
Teléfono: 00+34+932 275 400
Fax: 00+34+932 279 871
e-mail: e.munoz.mahamud@gmail.com

Las metástasis óseas en los huesos de las manos son una rara forma de presentación de las neoplasias. Su observación como debut de un carcinoma es aún más inusual y se asocian a un mal pronóstico de la enfermedad. Algunos autores han recomendado la amputación en casos de metástasis solitaria en pacientes en los que se prevea una supervivencia mínima de unos meses de vida. También se ha mencionado que la radioterapia puede ser útil como tratamiento sintomático del dolor y devolver parcialmente la funcionalidad.

Palabras clave: acrometástasis; carcinoma; mano.

Bone metastases in the bones of the hands are a rare form of presentation of a neoplasm. Its apparition as a debut of a carcinoma is even more rare and is associated with poor prognosis. Whereas amputation is recommended in those cases of solitary metastases in patients with at least a few months of surveillance, radiotherapy may be useful as a symptomatic treatment of pain and to partially restore functionality.

Key Words: metastases; carcinoma; hand.

Rev. Iberam. Cir. Mano – Vol. 39 • Núm. 2 • Noviembre 2011 (141-144)



Figura 1. Radiografía anteroposterior de mano derecha evidenciando lesión lítica altamente destructiva en primer metacarpiano con preservación exclusivamente de la epífisis distal del mismo.

INTRODUCCIÓN

La observación de una metástasis en zonas distales de las extremidades es muy rara y representa menos del 0,1% de las lesiones óseas malignas¹⁻⁵. Se han encontrado acrometastasis en las autopsias de pacientes que habían fallecido de cáncer en aproximadamente un 0,6% en las manos y en un 2% en los pies^{6,7}. De forma muy infrecuente una acrometástasis puede ser la manifestación inicial de un carcinoma oculto; en estos casos se asocian a un pronóstico de vida de 3 a 6 meses⁹. Suelen estar ocasionadas por un cáncer de pulmón y, habitualmente, se diagnostican en fases terminales de la enfermedad⁸.

Presentamos un paciente de 63 años que ilustra la progresión rápida de la enfermedad cuando se detecta a partir de una metástasis en la mano.

CASO CLÍNICO

Varón de 63 años de edad, fumador con una dosis acumulada de 40 paquetes/año, con ante-

cedentes de hipertensión arterial, que consultó por presentar dolor en aumento y una tumorción en el primer metacarpiano de la mano derecha de dos meses de evolución, en ausencia de signos flogóticos. No refería otros antecedentes de interés. El estudio mediante radiología simple evidenció la presencia de una destrucción casi total del 1er metacarpiano, con preservación únicamente de la epífisis distal del mismo (**Figura 1**). Se efectuó un estudio por resonancia magnética e inmediatamente indicamos la realización de una biopsia por tru-cut que mostró la presencia de células epiteliales atípicas infiltrando tejido, sugestivo de metástasis de carcinoma (**Figura 2**). Conocido el diagnóstico se realizó el estudio de extensión, y se trató en conjunción con el Servicio de Oncología. Se planteó tratar localmente la lesión, pero fue desestimado por el paciente. El paciente falleció a los 6 meses como consecuencia de su enfermedad de base sin haberse realizado tratamiento local en la mano.

DISCUSIÓN

Las acrometástasis en las manos son una rara forma de presentación de las neoplasias. Se han descrito fundamentalmente en hombres entre 40 y 80 años de edad⁹. Por orden de frecuencia, los tumores primarios que principalmente pueden metastatizar en la mano son: pulmón, riñón, mama y aparato digestivo⁹.

Se cree que la diseminación neoplásica de un carcinoma hacia los huesos de la mano no se produce por vía linfática sino por vía hematogena. A diferencia de como ocurre con otros tumores, las células malignas de origen pulmonar son capaces de superar el lecho capilar pulmonar y hepático y así alcanzar el sistema arterial más distal. Esto podría explicar la mayor incidencia de acrometástasis en el cáncer broncogénico en comparación al resto de neoplasias. Su aparición es algo más frecuente en la mano dominante, tal vez debido al mayor flujo sanguíneo y su mayor exposición a microtraumatismos, en comparación con la mano contralateral⁷. Se han descrito casos en los que existía un traumatismo previo al diagnóstico de la acrometástasis. Sin embargo, existe controversia sobre si este traumatismo previo es solamente una casualidad o bien el desencade-

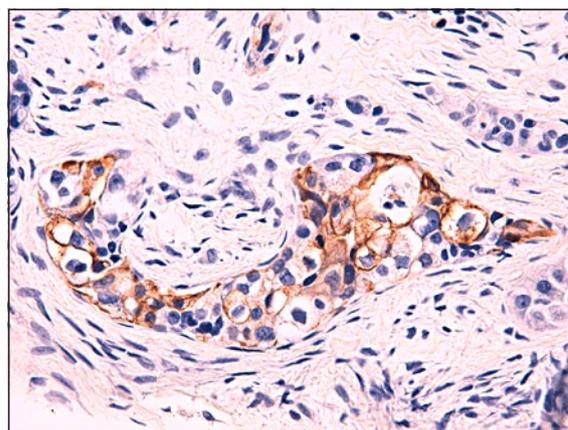
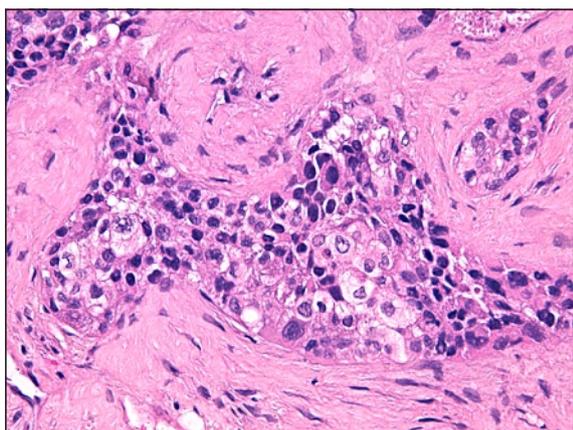


Figura 2. A) Imagen histológica de metástasis de carcinoma formado por grupo de células epiteliales atípicas infiltrando tejido con cambios reactivos. Hematoxilina-eosina 200x. B) Confirmación del carcinoma mediante positividad inmunohistoquímica para queratina de bajo peso molecular. CAM 5.2. 200x.

nante de un hiperflujo sanguíneo, que conllevaría a un mayor aporte de prostaglandinas y factores promotores de la migración celular, fomentando la diseminación metastásica⁷.

Si bien la diseminación a los huesos de la mano es ya de por sí una forma inusual de diseminación neoplásica (del 0,007 al 0,3%)⁷, el diagnóstico de un cáncer a partir de una acrometástasis es todavía algo mucho más raro, no solamente por su infrecuencia, sino además porque solamente el 10% de las acrometástasis son sintomática¹⁰. Su modo de presentación es variable, pudiendo aparecer como una zona dolorosa, eritematosa y flogótica o incluso ulcerada, simulando ocasionalmente una infección local o a una paroniquia¹¹. Los huesos principalmente afectados son las falanges distales, aunque se han descrito también casos de acrometástasis en los huesos metacarpianos, como el que describimos, y en los huesos del carpo^{9, 12-15}.

El diagnóstico de una acrometástasis como primera manifestación de un cáncer de pulmón oculto se halla relacionado con una baja tasa de supervivencia de aproximadamente de 3 a 6 meses⁹. Su tratamiento será pues esencialmente paliativo. La utilidad de los bisfosfonatos y de los anticuerpos monoclonales, útiles en el tratamiento de otro tipo de metástasis óseas, está todavía por demostrar^{16, 17}. Por otro lado, si bien se han realizado amputaciones y tratamientos con quimioterapia, se ha descrito que la radioterapia localizada puede ser útil como

tratamiento sintomático del dolor y devolverle parcialmente la funcionalidad al dedo afectado o a la mano⁹. Las lesiones pueden estar evolucionadas ya en el momento del diagnóstico, siendo pues no resecables sin la realización de una amputación. Una amputación desfiguraría la mano y conllevaría un grado de disfuncionalidad más o menos importante en función de la localización. En casos similares se ha recomendado la radioterapia, el curetaje si la lesión no es grande, o la resección marginal con radioterapia adyuvante¹⁸. Healey et al⁷ publicaron una serie de 29 pacientes que presentaban lesiones metastásicas en las manos, en 11 de los cuales la metástasis fue la primera localización diana de diseminación neoplásica, y en 4 casos fue la primera manifestación de enfermedad neoplásica. Uno de los cinco pacientes fue tratado mediante un curetaje y desarrolló una recidiva local siendo necesaria una segunda cirugía; sin embargo. Estos autores recomiendan la amputación en aquellos casos de metástasis solitaria en pacientes con al menos unos meses de vida. En nuestra opinión, y evaluando la experiencia publicada por los autores, debería orientarse el tratamiento de estas lesiones desde una óptica más conservadora dado el mal pronóstico que muestra una metástasis acral y aplicar técnicas paliativas de tratamiento del dolor como la radioterapia, dejando la cirugía para aquellos pacientes en los que se pueda inferir una supervivencia mayor a 6 meses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Knapp D, Abdul-Karim FW. Fine needle aspiration cytology of acrometastasis. a report of two cases. *Acta Cytol*, 1994; 38: 589-91.
2. Hayden RJ, Sullivan LG, Jebson PJL. The hand in metastatic disease and acral manifestations of paraneoplastic syndromes. *Hand Clin*, 2004; 20: 335-43.
3. Campa T, Fagnoni E, Ripamonti C. Palliative surgery of acrometastases from lung cancer: a case report. *Support Care Cancer*, 2004; 12: 202-4.
4. Abaffy AM, Richter RH, Grünert J. Peripheral bone metastasis of a rare lung cancer. *Arch Orthop Trauma Surg*, 1998; 117: 477-8.
5. Abrahams TG. Occult malignancy presenting as metastatic disease to the hand and wrist. *Skeletal Radiol*, 1995; 24: 135-7.
6. Ramkumar U, Munshi NI, El-Jabbour JN. Occult carcinoma of the lung presenting as pain in the hallux: a case report. *J Foot Ankle Surg*, 2005; 44: 483-6.
7. Healey JH, Turnbull AD, Miedema B, Lane JM. Acrometastases. a study of twenty-nine patients with osseous involvement of the hands and feet. *J Bone Joint Surg Am*, 1986; 68: 743-6.
8. Galmarini CM, Kertesz A, Oliva R, Porta J, Galmarini FC. Metastasis of bronchogenic carcinoma to the thumb. *Med Oncol*, 1998; 15: 282-5.
9. Flynn CJ, Danjoux C, Wong J, Christakis M, Rubenstein J, Yee A, et al. Two cases of acrometastasis to the hands and review of the literature. *Curr Oncol*, 2008; 15: 51-8.
10. Baran R, Guillot P, Tosti A. Metastasis from carcinoma of the bronchus to the distal aspect of two digits. *Br J Dermatol*, 1998; 138: 708.
11. Nakamura H, Shimizu T, Kodama K, Shimizu H. Metastasis of lung cancer to the finger: a report of two cases. *Int J Dermatol*, 2005; 44: 47-9.
12. Biyi A, Oufroukhi Y, Doudouh A. Hand and foot acrometastasis secondary to breast carcinoma. *Chir Main* 2010; 29: 40-3.
13. Raissouni Z, Ismael F, Elmrini A, Boutayeb F. Acrometastasis of the hand. case report. *Acta Orthop Belg*, 2002; 68: 297-300.
14. Tolo ET, Cooney WP, Wenger DE. Renal cell carcinoma with metastases to the triquetrum: case report. *J Hand Surg Am*, 2002; 27: 876-81.
15. Tomas X, Conill C, Combalia A, Pomes J, Castel T, Nicolau C. Malignant melanoma with metastasis into the capitate. *Eur J Radiol*, 2005; 56: 362-4.
16. Smith MR, Saad F, Egerdie B, Szwedowski M, Tammela TLJ, Ke C, et al. Effects of denosumab on bone mineral density in men receiving androgen deprivation therapy for prostate cancer. *J Urol*, 2009; 182: 2670-5.
17. Pavlakis N, Schmidt R, Stockler M. Bisphosphonates for breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev*, 2005: CD003474.
18. Spiteri V, Bibra A, Ashwood N, Cobb J. Managing acrometastases treatment strategy with a case illustration. *Ann R Coll Surg Engl*, 2008; 90: W8-11.