

Acrometástasis. Inusual forma de presentación de un adenocarcinoma pulmonar

Sr. Director: Si bien el 17 % de los pacientes afectos de neoplasia pulmonar presentan metástasis óseas en el momento de realizar el diagnóstico clínico¹, la afección ósea secundaria de los huesos de la mano o del pie (acrometástasis) es muy poco frecuente^{2,3} constituyendo un hecho excepcional el que sea la primera manifestación de una neoplasia primaria subyacente clínicamente silente^{2,4,5}. Presentamos a continuación un caso de acrometástasis como forma de presentación de un adenocarcinoma pulmonar que recientemente hemos tenido la oportunidad de observar.

Se trata de un varón de 55 años de edad, fumador de 20 paquetes/año y con criterios clínicos de bronquitis crónica. Ocho meses antes de acudir a nuestro Servicio inició dolor de características inflamatorias y tumefacción a nivel de la 5.^a articulación metacarpofalángica (MCF) de la mano izquierda, añadiéndose al cabo de cuatro meses dolor de características mecánicas a nivel de columna dorsal. Paralelamente aquejó síndrome tóxico con pérdida de 4 kilogramos de peso. El cuadro alérgico fue rebelde a la terapéutica ensayada, por lo que el paciente nos fue remitido para estudio. La exploración física únicamente mostró dolor a la presión sobre D-11 y a nivel de la 1.^a falange del 5.^o dedo de la mano izquierda así como dolor a la presión y tumefacción de la 5.^a articulación MCF. La radiografía de manos (fig. 1) mostró la existencia de lesiones líticas en la 1.^a falange junto con disminución de la interlínea a nivel de la 5.^a MCF. La radiografía de columna vertebral evidenció una

imagen lítica a nivel de D-11. La gammagrafía ósea objetivó hipercaptación a nivel de las zonas afectas. En la radiografía de tórax se observó la existencia de una masa hilar derecha. La biopsia obtenida por broncoscopia y las citologías de esputo fueron demostrativas de adenocarcinoma.

El 0,1 % de los pacientes con afección ósea secundaria en el transcurso de una enfermedad neoplásica presentan acrometástasis^{6,7}. Por lo general aparecen en el contexto de una diseminación generalizada y constituyen un evento preterminal en la evolución clínica del paciente⁵. Ocasionalmente pueden ser la primera evidencia de afección metastásica^{2,5} siendo muy infrecuente el que, como en nuestro caso, constituyan la primera manifestación de una neoplasia primaria^{2,4,5}. La neoplasia que con mayor frecuencia produce acrometástasis es la de pulmón, seguida por las de riñón, mama y tubo digestivo^{5,6}. El cuadro clínico que producen se caracteriza por dolor, tumefacción, impotencia funcional e incluso eritema en las zonas afectas lo cual junto a lo atípico de su localización puede inducir a errores diagnósticos; al considerar a estos pacientes como afectos de artritis séptica, osteomielitis, celulitis, distrofia simpática refleja o gota^{2,4,5,7}. Radiológicamente suele observarse la presencia de lesiones líticas sin reacción esclerosa marginal³ pudiendo existir afección del espacio articular^{4,5}. En etapas tempranas las manifestaciones clínicas pueden no tener traducción radiográfica⁵. Por lo general suelen ser rebeldes al tratamiento analgésico convencional debiéndose proceder a la irradiación o incluso a la resección quirúrgica de la zona afecta^{4,5}.

**J. M. Nolla Solé, X. Juanola Roura, J. M. Ruiz Martín,
J. Rodríguez Moreno y J. Valverde García**

Servicio de Reumatología. (Dr. Roig Escofet). Hospital de Bellvitge
Prínceps d'Espanya. L'Hospitalet. Barcelona.

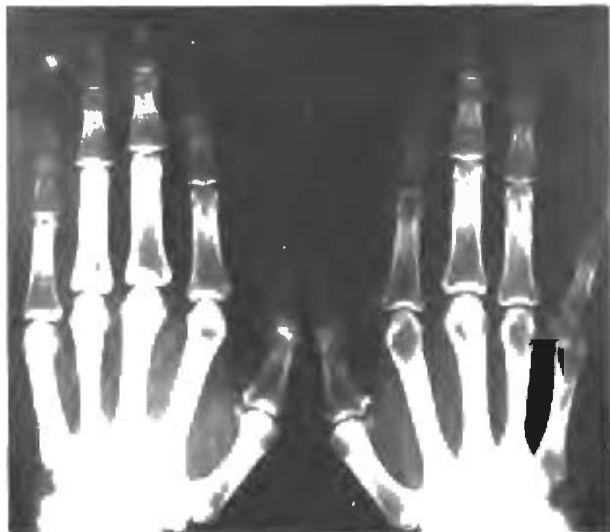


Fig. 1. Lesiones líticas a nivel de la 1.^a falange de la mano izquierda con disminución de la interlínea en la 5.^a articulación metacarpofalángica.

Bibliografía

1. Marín JM, Sebastián A, Janés J, Esteve A, Candel M. Cancer de Pulmón (III). Diagnóstico. Clasificación. Tratamiento quirúrgico. Rev Clin Esp 1985; 176:243-247.
2. Vaezy A, Budson D; Phalangeal metastases from bronchogenic carcinoma. JAMA 1978; 239; 3:226-227.
3. Nagendran T, Patel MN, Gaillard WE, Walker M. Metastatic bronchogenic carcinoma to the bones of the hand. Cancer 1980; 45:824-828.
4. Iola J, Summer J, Gallagher T. Presentation of malignancy by metastasis to the carpal navicular bone. Clin Orthop 1984; 188 230-233.
5. Healey J, Turnbull A, Miedema B, Lane J. Acrometastases. J Bone Joint Surg (Am) 1986; 68 (A) 5:743-746.
6. Kerin R. Metastatic tumors of the hand. J Bone Joint Surg (Am) 1983; 65-A. 9:1 331-1 334.
7. Bevan D, Ehrlich G, Gupta V. Metastatic carcinoma simulating gout. JAMA 1977; 237; 25:2.746-2.747.