



269/22 - RECONSTRUCCIÓN DE HOMBRO CON INTENCIÓN ANTIÁLGICA

G. Barquín Arribas^a, E. Vejo Puente^b, A. Villaverde Llana^c, S. Quintana Cabieces^d, L. Campo Alegría^e y V. González Novoa^f

^aMédico de Familia. Centro de Salud Val de San Vicente. Cantabria. ^bMédico de Familia. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Miranda Este. Miranda de Ebro. Burgos. ^dMédico Residente de Rehabilitación. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. ^eMédico de Familia. Hospital Universitario de Burgos. ^fFEA Rehabilitación. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón 39 años con AP de dislipemia. Fumador 75 paquetes/años. No otros hábitos tóxicos. No alergias medicamentosas. No intervenciones quirúrgicas. Tratamiento habitual: simvastatina 20 mg (0-0-1). Historia actual: a finales de noviembre 2016 acusa dolor costal izquierdo mientras realizaba su trabajo (soldador) sin referir traumatismo previo, muy intenso, que incluso dificulta la respiración. Valorado inicialmente por su médico de atención primaria como de características mecánicas, recibe antiinflamatorios con escasa mejoría. Posteriormente, ante persistencia de molestias, se solicita radiografía de tórax que pone de manifiesto un nódulo pulmonar en llingula, por lo que se deriva a consultas de Neumología para completar estudio. Se realiza broncofibroscopia, con citología positiva a carcinoma no microcítico pulmonar y PET que demuestra extensa afectación ósea. Ante ello, es remitido a consultas de Oncología para valoración y tratamiento. En ese momento el paciente presentaba regular control del dolor con parches de buprenorfina. Por lo demás asintomático. Se inicia tratamiento quimioterápico basado en cisplatino-paclitaxel inicialmente con buena tolerancia. Tras recibir cuatro ciclos de tratamiento el paciente refiere intenso dolor en hombro izquierdo con impotencia funcional, por lo que se solicitan nuevas pruebas complementarias.

Exploración y pruebas complementarias: Peso 84 kg, talla 169 cm, IK 90. Cabeza y cuello: sin alteraciones. AP: roncus dispersos de predominio izquierdo. Dolor a palpación costal izquierda. AC: rítmica, sin soplos. Abdomen: blando, depresible, sin masas ni megalias. Ruidos normales. Exploración neurológica sin datos de focalidad. Hemograma y bioquímica normales, excepto por PCR 34 mg/L. Elemental y sedimento de orina normal. ECG normal. PET: intenso aumento del metabolismo en la masa situada en llingula que se extiende hacia la pared costal y parece infiltrar al 6º arco costal izquierdo (hallazgo compatible con neoplasia broncopulmonar). Por detrás de esta lesión se observa un área de atelectasia. Captación patológica en las siguientes estaciones ganglionares: prevascular, subcarinal e hilar izquierda compatible con afectación tumoral ganglionar. Lesiones óseas hipermetabólicas en húmero izquierdo, vértebras dorsales D10 y D11, pala iliaca derecha, así como en acetábulo izquierdo. Radiografía hombro-brazo izquierdo: lesiones blásticas múltiples y líticas con destrucción ósea que llega hasta la cortical. RMN hombro-brazo izquierdo: infiltración de la médula ósea del húmero proximal por tejido/masa que se extiende desde

epífisis de cabeza humeral hasta tercio medio de la diáfisis humeral (14 cm), con rotura de cortical y extensión a partes blandas a nivel de cabeza humeral. Periostitis. Edema de musculatura adyacente. Articulación acromioclavicular conservada. Escápula aparentemente preservada.

Juicio clínico: Carcinoma no microcítico de células pequeñas estadio IV (afectación ósea) con posterior progresión clínica y radiológica.

Diagnóstico diferencial: Metástasis ósea. Infiltración tumoral de tejidos blandos. Fractura patológica. Neuropatía periférica por cisplatino. Artralgia por paclitaxel.

Comentario final: Tras valoración del caso en sesión multidisciplinar (oncología/radioterapia/ortopedia) se decide realizar resección humeral y reconstrucción con prótesis anatómica de hombro para mejor control del dolor, con la idea de retomar posteriormente tratamiento quimioterápico. El hueso es un lugar frecuente de asentamiento de metástasis y desgraciadamente en la mayoría de los casos las opciones de tratamiento a dicho nivel son meramente paliativas ya que habitualmente las metástasis óseas son refractarias a terapias sistémicas. Las indicaciones para el tratamiento quirúrgico de metástasis óseas en huesos largos serían por una parte la presencia o riesgo inminente de fractura patológica, y por otro la presencia de dolor intratable. El paciente que describimos evolucionó favorablemente tras la cirugía y actualmente prosigue tratamiento quimioterápico.

Bibliografía

1. Brodowicz T, O'Byrne K, Manegold C. Bone matters in lung cancer. *Ann Oncol.* 2012;23:2215.
2. Mercadante S. Malignant bone pain: pathophysiology and treatment. *Pain.* 1997;69:1.
3. Wood TJ, Racano A, Yeung H, et al. Surgical management of bone metastases: quality of evidence and systematic review. *Ann Surg Oncol.* 2014;21:4081.