

LESIONES ESCLERÓTICAS DISEMINADAS

C. DE ANCOS ARACIL, C. MAÍNEZ SAÍZ, E. ORTIZ ORTIZ
Y S. AZRIEL MIRA*

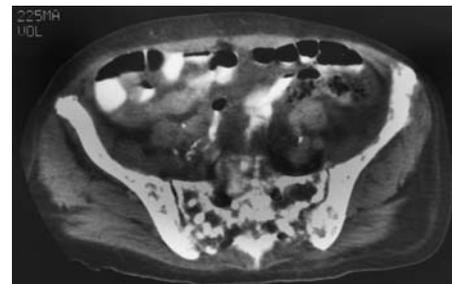
SERVICIO DE URGENCIAS. HOSPITAL SEVERO OCHOA. LEGANÉS.
*SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN.
HOSPITAL 12 DE OCTUBRE. MADRID.

Se trata de un paciente de 85 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que consultó por dolores óseos generalizados y molestias abdominales difusas postprandiales. Presentaba cuadro constitucional de un mes de evolución. En la exploración física destacaba discreta distensión abdominal y dolor a la palpación sin datos de peritonismo.

Las pruebas complementarias revelaron anemia normocítica normocrómica con aumento de los reactantes de fase aguda, insuficiencia renal leve y un valor de fosfatasa alcalina de 1.048 U/l (N: 98-279). En el estudio radiológico simple se observaban múltiples lesiones escleróticas en todo el esqueleto visible compatible con metástasis osteoblásticas (fig. 1). En la tomografía axial computarizada (TAC) abdominal se confirmaban las mismas lesiones descritas así como líquido libre peritoneal y aumento de la densidad de la grasa que sugería carcinomatosis peritoneal (fig. 2). Se practicaron diversas exploraciones en busca del tumor primario (gastroscopia, colonoscopia, mamografía y examen ginecológico) sin evidenciarlo. Entre los marcadores tumorales realizados destacaba un valor del CA125 de 1.943 U/ml (N: 0,5-34). Se realizó una biopsia de médula ósea que mostró infiltración tumoral por adenocarcinoma pobremente diferenciado. Dado el pronóstico y las escasas expectativas de tratamiento, se decidió una actitud conservadora.

COMENTARIOS

Las lesiones escleróticas pueden deberse a distintas etiologías. Entre las causas más frecuentes destacan las metástasis osteoblásticas, la enfermedad de Paget en fase es-



clerótica, el linfoma de Hodgkin, la osteodistrofia renal, la osteopetrosis y la picnodisostosis. Las metástasis osteoblásticas son menos frecuentes que las líticas. Numerosos tipos de tumores pueden inducir metástasis blásticas, destacando el adenocarcinoma de próstata, mama, aparato digestivo y enfermedad de Hodgkin. Dependiendo de la edad, las lesiones escleróticas tienen una etiología diferente: a) niño: leucemia y tumor de Ewing; b) adulto joven: osteosarcoma y enfermedad de Hodgkin; c) adulto varón: adenocarcinoma de próstata, y d) adulto mujer: adenocarcinoma de mama.

En el caso presentado no se localizó el origen del tumor primario.

El adenocarcinoma de origen desconocido (AOD) supone el 2% de todas las neoplasias diagnosticadas. No se detecta el tumor primitivo en un tercio de los pacientes con AOD incluso en el estudio necrópsico. Un 20% de los casos son tumores pobremente diferenciados histológicamente, lo que dificulta su manejo te-

rapéutico. La presentación clínica viene determinada por los órganos afectados (hígado, pulmón, ganglios linfáticos y huesos). La supervivencia de estos pacientes no suele superar los 6 meses de vida, aunque en algunos estudios se ha identificado un subgrupo clínico e histológico con buena respuesta quimioterápica: tumor localizado en ganglios linfáticos o partes blandas, a diferencia de las afectaciones hepática y ósea; escaso número de órganos afectados; sexo femenino, e histología de carcinoma pobremente diferenciado.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Abbruzzese JL, Abbruzzese MC, Hess KR, et al. Unknown primary carcinoma: natural history and prognostic factors in 657 consecutive patients. *J Clin Oncol* 1994;12:1272-80.
- Brown RW, Campagna LB, Dunn JK, Cagle PT. Immunohistochemical identification of tumor markers in metastatic adenocarcinoma. A diagnostic adjunct in the determination of primary site. *Am J Clin Pathol* 1997;107:12-9.
- Hammar SP. Metastatic adenocarcinoma of unknown primary origin. *Hum Pathol* 1998;29:1393-402.
- Katagiri H, Takahashi M, Inagaki J, Sugiura H, Ito S, Iwata H. Determining the site of the primary cancer in patients with skeletal metastasis of unknown origin: a retrospective study. *Cancer* 1999;86:533-7.