

2. Abrao MA, Gomes Ferreira R, Germano Filho PA, Lerner LC. Rbdomiolisis en paciente obeso mórbido sometido a gastroplastia reductora y durante revascularización del miembro superior en paciente pediátrico. Relato de casos. Rev Bras Anesthesiol. 2006;56:39-44.
 3. Liu HL, Wong DS. Gluteal compartment syndrome after prolonged immobilisation. Asian J Surg. 2009;32:123-6.
 4. Allison RC, Bedsole DL. The other medical causes of rhabdomyolysis. Am J Med Sci. 2003;326:79-88.
 5. Kikuno N, Urakami S, Shigeno K, Hirofumi K, Hiroaki S, Mikio I. Traumatic rhabdomyolysis resulting from continuous compression in the exaggerated lithotomy position for radical perineal prostatectomy. Int J Urol. 2002;9:521-4.
 6. Ruiz Pérez L, Hernández García I, Flores Serrano J, Ruiz Pérez JL. Rbdomiolisis inducida por succinilcolina. An Pediatr. 2002;57:591.
- Alberto Córdoba López*, María de las Olas Cerezo Arias, M. Dolores Pérez Frutos, David Granado Martínez y Baldomero Jimeno Torres
- Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Perpetuo Socorro, Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, Badajoz, España
- *Autor para correspondencia.
Correo electrónico: inso_4@hotmail.com (A. Córdoba López).

doi:10.1016/j.ciresp.2009.11.021

Metástasis en mano de adenocarcinoma de recto. Un caso excepcional

Hand metastasis of rectal cancer. An unusual case

Las acrometástasis, es decir, las metástasis localizadas en las manos y en los pies, son muy poco usuales, representan del 0,3 al 3% del conjunto de todas las metástasis óseas¹, y la frecuencia de éstas es variable: oscila, según distintos autores, entre el 15 y el 84%². Las metástasis en mano de carcinoma colorrectal son aun más raras y en la literatura médica apenas existen publicaciones.

Presentamos a una paciente mujer de 81 años, que acude a consulta por tumoración en el dorso de la mano izquierda de varias semanas de evolución; tiene antecedentes personales de hipertensión arterial, apendicectomía, histerectomía, hemicolectomía izquierda 18 años atrás por carcinoma de colon y amputación abdominoperineal por adenocarcinoma bien diferenciado de recto un año antes, (estadio en la clasificación TNM: T3 N0M0). No es subsidiaria de tratamiento quimioterápico por la edad y la paciente rechaza el tratamiento radioterapéutico.

En la exploración física se aprecia gran tumoración en todo el dorso de la mano izquierda, de consistencia dura, no desplazable, de aproximadamente 7×7 cm, con edema y aumento de la temperatura asociados.

Se realizan las siguientes pruebas complementarias: a) radiografía simple de la mano izquierda: lesión osteolítica mal definida que afecta a la mayor parte del tercer metacarpiano, que insufla y rompe corticales, con fractura patológica de éste y aumento de partes blandas, compatible con patrón permeativo (fig. 1); b) gammagrafía ósea: depósito patológico del trazador en el segundo metacarpiano de la mano izquierda, y c) resonancia magnética nuclear: masa de partes blandas en relación con la diáfisis del segundo, tercer y cuarto metacarpiano, huesos del carpo, fundamentalmente trapecio, trapecoide, hueso grande y ganchoso; asimismo se

aprecia un componente de partes blandas a la altura de la muñeca y la región cubital distal (fig. 2).

Se realiza biopsia de esta tumoración, cuyo resultado anatomopatológico es adenocarcinoma de tipo entérico.

En el resto del estudio de extensión, en la tomografía axial computarizada se aprecian nódulos pulmonares múltiples y masa presacra de 6×4 cm.

El Servicio de Oncología realizó el tratamiento paliativo con capecitabina (Xeloda[®]) y ácido zoledrónico (Zometa[®]) y el de Oncología Radioterápica con telecobalterapia con fin paliativo; se administraron 30 Gy sobre la lesión de la mano con margen de seguridad mediante 2 campos a 3 Gy/día, durante 5 días a la semana.

La paciente falleció a los 7 meses de que se le diagnosticaran las acrometástasis.

En la mano son frecuentes las lesiones benignas, pero muy poco usuales las malignas³. Las acrometástasis suelen ser la primera manifestación de una neoplasia oculta que, en la mayoría de los casos, conlleva a un error diagnóstico con un inapropiado tratamiento³. En nuestro caso la paciente tenía el antecedente de cirugía por adenocarcinoma de recto un año antes.

Las acrometástasis son difíciles de diagnosticar, frecuentemente se las confunde con enfermedad benigna, como osteomielitis, artritis reumatoide, gota, fracturas, sinovitis y tumor glómico, entre otras²⁻⁴.

La mayoría de las metástasis óseas localizadas en las manos afectan a las falanges y provienen de cáncer de pulmón en primer lugar, seguido de carcinoma de mama; las del cáncer de colon y del tracto urogenital suelen darse en el pie; las de las manos son excepcionales, como el caso que presentamos^{2,3,5,6}.



Figura 1 – Lesión osteolítica en el tercer metacarpiano con patrón permeativo y fractura patológica.

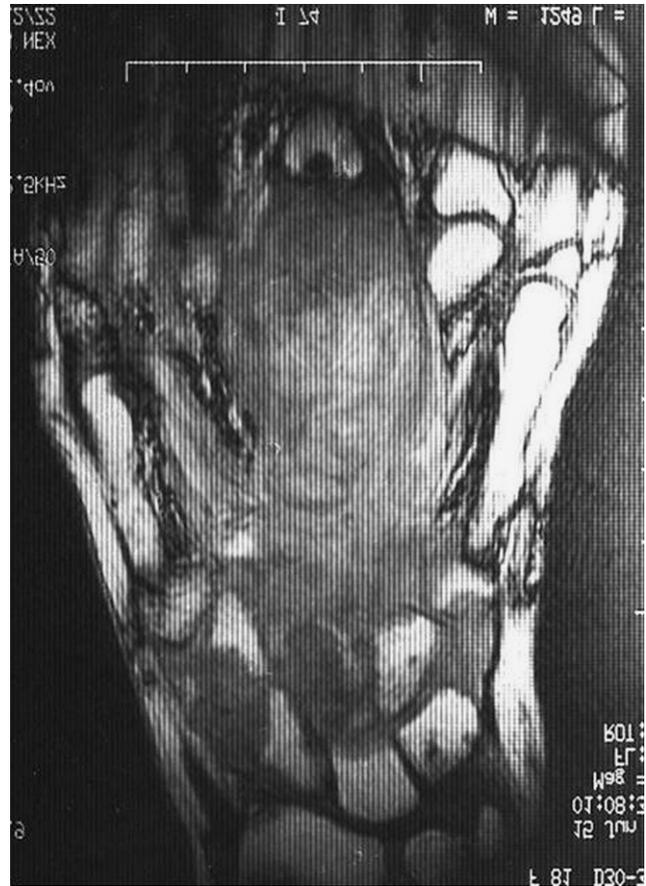


Figura 2 – Aumento de partes blandas en relación con el tercer metacarpiano y los huesos del carpo.

Nozue et al revisaron el tratamiento y el pronóstico de los pacientes con cáncer colorrectal y metástasis óseas, de los 928 pacientes de su estudio, sólo el 1,3% (12 pacientes) las presentaron, todos ellos con grado avanzado en el momento del diagnóstico, y la mayoría se localizaban en la columna lumbar y la pelvis. La supervivencia de estos pacientes fue muy pobre, con una media de 5 meses y un 20% al año⁷.

El mecanismo de diseminación no es bien conocido, unos autores aseguran que es por propagación linfática, frente a la vía hematogena de otros². La embolización del tumor requiere ciertas condiciones para el desarrollo de las metástasis⁸. Diferentes factores se han propuesto para el asiento de las células tumorales sobre las extremidades, como los traumatismos, los gradientes de temperatura, factores hormonales, factores hemodinámicos locales, factores inmunitarios, así como las propiedades inherentes a la célula que metastatiza. Respetan generalmente las articulaciones².

La localización más frecuente en las manos son las falanges^{2,9} y es más habitual en la mano derecha, aunque un 10% de los pacientes experimentan metástasis bilaterales⁵. Healey et al publicaron que la mayoría de los pacientes presentaron las lesiones en la mano dominante, al recibir mayor cantidad de sangre y estar más predispuesta a traumatismos. Parece que los factores quimiotácticos que siguen al traumatismo pueden ser los causantes de la migración celular y la adherencia ósea¹⁰. El tercer dedo es el más frecuente en la literatura médica y la región más afectada es la falange distal. El metacarpo, la falange

proximal y la falange media son los siguientes lugares más frecuentes de acrometástasis⁵.

Es más frecuente en varones en una proporción de 2 a 1, probablemente debido a su mayor incidencia del carcinoma de pulmón⁴.

Debido a que las acrometástasis suelen aparecer con la enfermedad avanzada, el pronóstico es pobre y el objetivo suele ser paliar el dolor. Las posibilidades terapéuticas pasan por amputación, radioterapia, raspado, cementación, quimioterapia y escisión amplia⁵.

La media de edad de acrometástasis es de 58 años⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ben Abdelghani K, Chekili S, Hajri R, Laater A, Zakraoui L. Adénocarcinome colique et acrométastase du talus: à propos d'un cas. *Gastroentérol Clin Biol*. 2008;32:835-8.
2. Desmanet E, Amrani M, Fievez R, Six Ch. Les acrométastases. A propos de deux cas. *Revue de la littérature. Ann Chir Main*. 1991;10:154-7.
3. Spiteri V, Bibra A, Ashwood N, Cobb J. Managing acrometastases treatment strategy with a case illustration. *Ann R Coll Surg Engl*. 2008;90:8-11.
4. Filloux JF, Fontaine C. Tumeurs métastatiques des parties molles des doigts. Á propos de six cas. *Chir Man*. 2000;1:63-6.

5. 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.
6. Méndez López JM, García Mas R, Salvà Coll G. Metastasis of an adenocarcinoma of the colon to the 1st metacarpal bone. *Ann Chir Main Memb Super*. 1997;16:134-7.
7. Nozue M, Oshiro Y, Kurata M, Seino K, Koike N, Kawamoto T, et al. Treatment and prognosis in colorectal cancer patients with bone metastasis. *Oncol Rep*. 2002;9:109-12.
8. Weidmann CE, Ganz PA. Multiple synchronous lesions of acral metastasis. *West J Med*. 1984;140:451-6.
9. Chang HC, Lew KH, Low CO. Metastasis of an adenocarcinoma of the stomach to the 4th metacarpal bone. *Hand Surgery*. 2001;6:239-42.
10. Healey JH, Turnbull AD, Miedema M, 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.

Germán Borobio León^{a,*}, Asunción García Plaza^b,
Ignacio García Cepeda^a, Roberto González Alconada^a y
Lourdes Hernández Cosido^b

^aServicio de Traumatología, Hospital Virgen de la Vega, Salamanca, España

^bServicio de Cirugía General, Hospital Clínico, Salamanca, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: asungp71@aecirujanos.es
(G. Borobio León).

doi:10.1016/j.ciresp.2009.08.004

Divertículo traqueal causante de disfagia

Tracheal diverticulum: A cause of dysphagia

El divertículo traqueal es una entidad poco frecuente incluida en el diagnóstico diferencial de quistes aéreos paratraqueales. Al realizar una búsqueda bibliográfica en MEDLINE, se recogen hasta 19 artículos referidos a esta enfermedad. Descritos por Rokitansky por vez primera en 1838, a veces se asocian a otras anomalías congénitas, como las fistulas traqueoesofágicas¹. Esta anomalía aparece hasta en el 1% de las autopsias realizadas. En general, son asintomáticos y, cuando dan clínica, suelen ser de naturaleza respiratoria: tos, disnea, infecciones respiratorias recurrentes. Menos frecuente es la clínica digestiva, en forma de odinofagia o disfagia. Se ha descrito incluso un caso de parálisis recurrente² por compresión extrínseca debida a un divertículo traqueal.

Se presenta el caso de una mujer de 76 años que acude a consulta, refiriendo un cuadro de 6 meses de disnea de moderados esfuerzos al subir escaleras y la sensación de un cuerpo extraño a la altura de la hipofaringe. Asocia clínica de rinitis con estornudo fácil y rinorrea intermitente. Niega hemoptisis y síndrome general. Como único antecedente refiere asma bronquial en tratamiento intermitente con broncodilatadores y corticoides inhalados.

Al investigar la clínica respiratoria, se procede a la realización de una radiografía de tórax y una fibrobroncoscopia, sin hallazgos significativos. Posteriormente, se completa el estudio con una TC cervicotorácica (fig. 1), donde se observa una colección aérea en el sulcus derecho en contacto con el esófago, al que desplaza. El estudio de imagen se acompaña de una broncoscopia virtual, que identifica un pequeño poro de 2-3 mm a la altura del 2.º-3.º anillo traqueal. Finalmente se realiza esofagograma, que descarta divertículo de Zenker y describe ligera compresión y desplazamiento hacia la izquierda del esófago cervical por lesión de contenido aéreo que ocupa la zona central laterocervical derecha.

Ante estos hallazgos, se llega al diagnóstico de divertículo traqueal y, dados los síntomas, se programa para intervención quirúrgica. A través de una incisión laterocervical derecha, se localiza el quiste, de aproximadamente 4x5 cm (fig. 2), íntimamente adherido al esófago y con implantación traqueal firme. Se reseca el quiste y se cierra manualmente la comunicación traqueal. Analizada por el anatomopatólogo, la pieza se describe como una formación quística con pared conjuntiva tapizada por revestimiento epitelial con un componente respiratorio y escamoso, que confirma el diagnóstico previo de quiste traqueal.

Presenta buena evolución postoperatoria, aunque precisa valoración por parte del Servicio de Otorrinolaringología a causa de disfonía, que la diagnostica de paresia cordal izquierda. Dada de alta al cuarto día postoperatorio, la



Figura 1 – TC: imagen aérea en espacio paratraqueal derecho.