

Autores: Berta Martín-Cullell¹, Ana Peiró², Anna C. Virgili¹.

¹Oncología Médica, Hospital Santa Creu i Sant Pau, ²Cirurgía Ortopédica y Traumatología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de un paciente de edad avanzada con una metástasis de adenocarcinoma de colon en segundo metacarpo. Planteamos la necesidad creciente de una valoración integral geriátrica para ajustar el tratamiento de manera multidisciplinar. Además, describimos la rareza de la diseminación neoplásica a los huesos de la mano que comporta una dificultad en el manejo terapéutico de estos pacientes.

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 91 años con antecedentes de hipertensión arterial, fibrilación auricular, presbiacusia, degeneración macular e infección por COVID-19. En agosto de 2019 se diagnostica de neoplasia de sigma interviniéndose el 14/08/2019 mediante sigmoidectomía y colostomía terminal. La anatomía patológica describía un Adenocarcinoma pT4aN2a (5/27 ganglios) con rotura capsular, invasión perineural y venosa. Dada la edad del paciente y sus comorbilidades se decidió no realizar tratamiento adyuvante e inició controles. En diciembre de 2019 inició un cuadro de dolor en mano izquierda observándose en la radiografía una lesión osteolítica en 2º metacarpiano izquierdo. El marcador tumoral CEA aumentó a 13,8 ug/l (basal de 2.2 ug/l) y la gammagrafía ósea confirmó una captación única a dicho nivel. El estudio de extensión no mostró otras lesiones. Se orientó como una metástasis única de neoplasia de colon en paciente añoso y se decidió realizar tratamiento sintomático con radioterapia antiálgica, 8Gy el 03/03/2020.

El paciente consultó de nuevo en mayo de 2020 por dolor mal controlado y crecimiento rápido de la tumoración en mano izquierda que le impedía la movilización.



EXPLORACIÓN FÍSICA

ECOG PS 2

Destacaba una tumefacción importante a nivel de la mano izquierda con flexión de 3er a 5º dedos conservada pero imposibilidad para la flexión de 1er y 2º dedo con hematoma asociado.

EVOLUCIÓN

Ingresa en Oncología planteándose un diagnóstico diferencial entre una metástasis única en una localización poco habitual y una lesión tumoral primaria tipo tumor mesenquimal. Se realizó una biopsia el 21/05/20 siendo la anatomía patológica compatible con metástasis de adenocarcinoma (células tumorales positivas para queratina 20 y CDX2). Pese a la administración de analgesia de tercer escalón no se consiguió un buen control del dolor por lo que se decidió intervenir el día 03/06/2020 mediante amputación del segundo radio de la mano izquierda. La anatomía patológica mostró una metástasis de adenocarcinoma intestinal de 7,5x7x5cm con exéresis marginal por márgenes a 0,1cm.

Actualmente el paciente se encuentra con buen estado general, en la última TC toracoabdominal no se observan signos de recidiva y el marcador tumoral CEA se ha negativizado.



Imagen 1: tumoración mano izquierda previo a la cirugía. **Imagen 2:** Radiografía de mano izquierda del 17/05/20 mostrando lesión osteolítica en 2º metacarpo. **Imagen 3:** Resonancia magnética del 28/05/20 con tumoración esférica de 57mm que comporta la destrucción de la mitad proximal del segundo metacarpo. **Imagen 4:** PET-TC del 22/05/20 con lesión única hipermetabólica en mano izquierda. **Imagen 5:** Radiografía mano izquierda tras la resección de metástasis. **Imagen 6:** Mano izquierda del paciente tras la amputación de 2º metacarpiano, conservando la función de pinza.

DISCUSIÓN

El cáncer de colon metastásico es una entidad heterogénea en su presentación pudiendo variar el pronóstico según la localización de las metástasis y la posibilidad de resección quirúrgica. La localización metastásica más frecuente en el cáncer de colon es el hígado debido al drenaje venoso, siendo también frecuente el pulmón y el peritoneo¹. En el caso clínico describimos un paciente con metástasis en metacarpo, siendo extremadamente rara en cualquier tumor. Las metástasis en huesos de la mano son poco habituales y la mayoría son secundarias a neoplasias de pulmón, renal o mama²⁻³. En las revisiones publicadas relacionan este tipo de diseminación con un mal pronóstico a corto plazo debido a la escasez de experiencia y protocolos⁴⁻⁵. El tratamiento incluye la resección quirúrgica, radioterapia o quimioterapia, así como paliación de síntomas⁶. El abordaje quirúrgico debería ser lo menos complejo posible, no recomendándose la reconstrucción de miembro en estos pacientes en el mismo acto quirúrgico.

El caso clínico además plantea otra cuestión de importancia creciente como es la atención oncológica en el paciente anciano. Al paciente no se le ofrece inicialmente la cirugía debido a la edad; condicionando un mal control de la enfermedad y de síntomas a largo plazo. La edad cronológica del paciente no siempre va de la mano de la edad funcional⁷. Ya se ha demostrado que la valoración geriátrica en oncología ayuda a predecir toxicidades y optimizar el tratamiento de estos pacientes por lo que deberíamos incluirla en el manejo multidisciplinar⁸.

BIBLIOGRAFÍA

1. M. Riihimäki, A. Hemminki, J. Sundquist et al. Patterns of metástasis in colon and rectal cancer. *Sci Rep.* 2016; 6: 29765
2. H. C. Chang, K. H. Lew, C. O. Low. Metastasis of an adenocarcinoma of the stomach to the 4th metacarpal bone. *Hand Surg.* 2001; 6 (2): 239-242.
3. J. M. Mendez, R. García, G. Salvà. Metastasis of an adenocarcinoma of the colon to the 1st metacarpal bone. *Ann Chir Main Memb Super.* 1997; 16(2): 134-7.
4. Morris DM, House HC. The significance of metastasis to the bones and soft tissues of the hand. *J Surg Oncol* 1985; 28: 146-150
5. K.K. Wu, E. R. Guise. Metastatic tumors of the hand: a report of six cases. *J Hand Surg Am.* 1978; 3 (3): 271-6.
6. P. C. Amadio, R. M. Lombardi. Metastatic tumors of the hand. *J Hand Surg Am.* 1987; 12 (2):311-6.
7. H. D. Klepin, M. Rodin, A. Hurria. Treating older adults with cancer: getriatic perspectives. *ASCO educational book.* 2015; 35: 544-552.
8. MJ Molina, C Guillén-Ponce, R. Blanco et al. Delphi consensus of an expert committee in oncogeriatrics regarding comprehensive getriatic assessment in seniors with cancer in Spain. *J Geriatr Oncol.* 2018; 9(4):337-345.