

HOSPITAL INSULAR DE GRAN CANARIA

Fractura patológica como primera manifestación clínica de un hepatoma

G. GARCÉS MARTÍN, C. GARCÍA CUYAS, O. BAEZ MARRERO,
A. SIERRA HERNÁNDEZ y M. SOSA HENRIQUEZ

RESUMEN

Presentamos un caso de fractura patológica en un anciano como primera manifestación clínica de un hepatoma, hecho excepcional según la literatura consultada.

Descriptores: Hepatoma. Metástasis ósea. Fractura patológica.

SUMMARY

A case of pathological fracture, secondary to hepatoma as its first clinical symptom and sign is reported, this event being exceptional accordingly to the reviewed literature.

Key words: Hepatoma. Pathological fracture. Bone metastasis.

Introducción

Las metástasis óseas de tumores primarios radicados en otra localización son las tumoraciones más frecuentes en el esqueleto. Esta aseveración se hace más contundente en la tercera edad hasta el punto que SCHINZ y cols. (8) señalan que todo tumor óseo en personas mayores de cuarenta años es metastásico hasta que se demuestre lo contrario.

En la mayoría de los casos cuando se diagnostican las metástasis se conoce el tumor original, sin embargo, existe un alto porcentaje de pacientes en los que serían aquéllas el debut clínico de la enfermedad, «metástasis precoz» de VALLS y SCHAJOVICZ (11), pudiendo llevar a confusión con tumores óseos primarios.

El carcinoma de mama es el tumor que con más frecuencia metastatiza en todas las series (3, 5, 6, 10), seguido en distintos porcentajes por los de próstata, pulmón, riñón,

tiroides y otros. Es de destacar así mismo que entre un 10 y 15 por 100 de casos no llega a averiguarse la localización primaria (10).

La distribución según la localización ósea depara a las vértebras, costillas, cráneo,

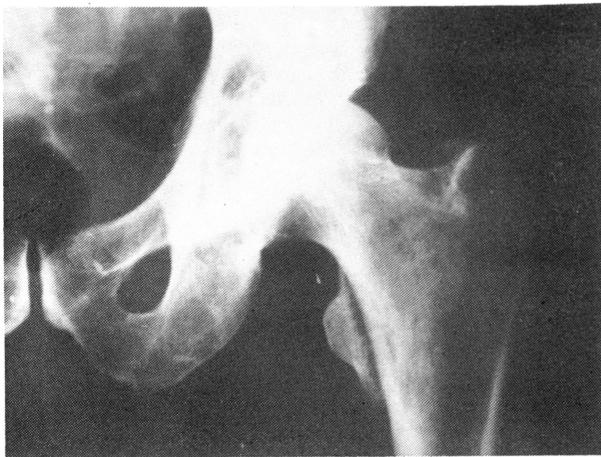


FIG. 1

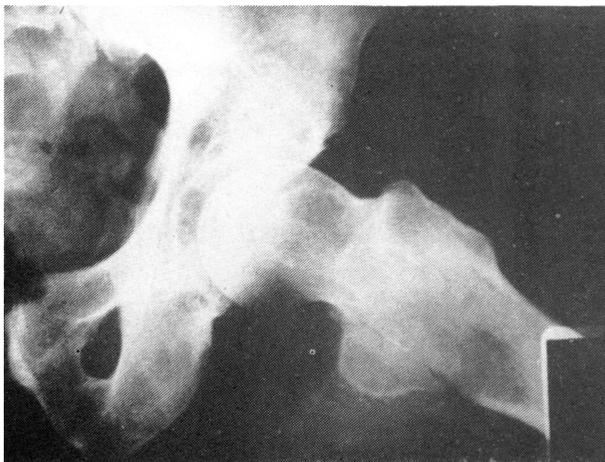


FIG. 1 b

pelvis y tercio superior del fémur como lugares más frecuentes, siendo rara la ubicación por debajo del codo o la rodilla (3, 6, 10).

Presentamos nuestro caso clínico como tumoración metastásica relativamente rara, si no por su frecuencia, sí por su forma de presentación clínica.

J.S.G. H. Cl. 58927. Paciente de 69 años que dos meses antes de su ingreso, encontrándose previamente bien, comienza con dolor en cadera izquierda a nivel del trocánter mayor, sin causa aparente que lo justificase. Dicho dolor irradiaba a ingle y rodilla y fue progresivamente en aumento hasta dificultar enormemente la marcha. Un mes y medio después de la aparición del dolor empieza a sentir igualmente dolor en columna lumbar. Resto de la anamnesis carece de interés.

Dentro de sus antecedentes personales sólo merece destacarse el hecho de haber sido bebedor hasta hace un tiempo y en sus antecedentes familiares el tener dos hermanos muertos de cáncer (no especifica tipo). En la exploración se aprecia un hígado duro, aumentando de tamaño uno o dos traveses de dedo, indoloro. Arañas vasculares y telangiectasias en territorio de cava superior. Dolor a la presión en ingle izquierda con impotencia funcional total en la cadera; no adenopatías ni masas palpables. Resto de la exploración sin hallazgos de interés.

El estudio radiológico efectuado un mes antes en otro centro, demuestra un arrancamiento del trocánter menor con imagen lítica, patrón per-



FIG. 2

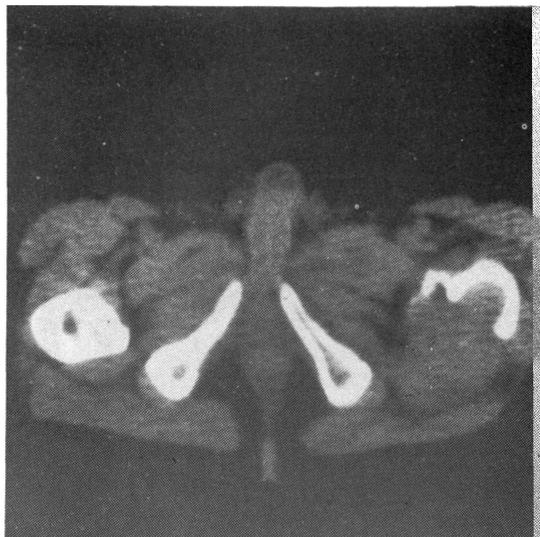


FIG. 3



FIG. 4

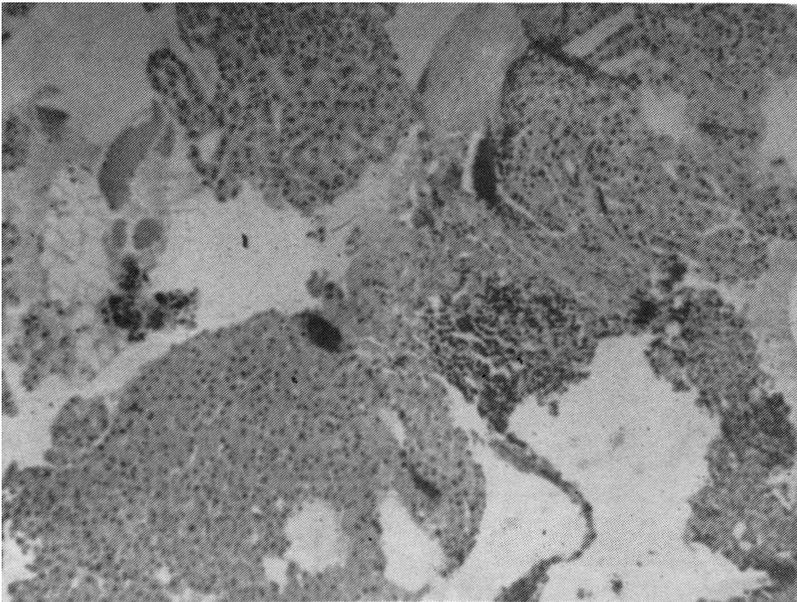


FIG. 5

meativo, a nivel intertrocantereo (fig. 1). La gammagrafía que se realizó entonces evidenciaba un aumento en la captación del isótopo al mismo nivel, siendo el resto normal (fig. 2).

En el momento de su ingreso la radiografía no mostraba grandes cambios en la zona, si bien la lisis era algo mayor; el tórax estaba dentro de la normalidad. En la analítica se apreciaba una V.S.G. de 34 mm; fosfatasas alcalinas 138 U.I.; GGT de 75 U.I.; TGP: 68 U.I., TGO: 68 U.I. y en el proteinograma existía aumento de la fracción gamma siendo el hemograma, proteínas totales, fosfatasas ácidas, ionograma, calcio, fósforo, glucemia, urea y pruebas de coagulación normales.

Para comprobar la afectación de partes blandas se realizó «scanner» que demostró la gran invasión (fig. 3). Se efectuó biopsia de la zona afectada que fue informada como metástasis de hepatocarcinoma (fig. 4). Ante este hallazgo se hizo una laparoscopia donde se demostró la presencia de tres nódulos en el lóbulo izquierdo hepático que tras ser biopsiados confirmaron el diagnóstico (fig. 5).

El estudio radiológico efectuado a las tres semanas del ingreso evidenciaba ya una gran destrucción de la zona (fig. 6) y la gammagrafía mostraba aumento de captación también en la columna lumbar, costillas y tobillo izquierdo (fig. 7). Para mejorar los dolores del enfermo se realizó enclavado de Ender a la fractura patológica (fig. 8) y dado que no remitían los mismos con analgésicos parenterales se realizó analgesia epidural. El enfermo fue *exitus* a los cinco meses y medio del comienzo de los síntomas.



FIG. 6



FIG. 7

Discusión y comentarios

A pesar de que la primera posibilidad diagnóstica ante una fractura patológica en la tercera edad es que se trate de un tumor metastásico, se presenta una duda razonable de que sea una neoplasia primaria ante la indemnidad del resto del esqueleto en la gammagrafía.

Dentro de las tumoraciones metastásicas óseas hay que reconocer que, si bien su frecuencia diagnóstica ha aumentado en los últimos años, las secundarias a carcinoma hepático ocupan un porcentaje muy bajo. Así BERMAN (2) señala que en Inglaterra su incidencia es del 0'57 por 100 del número total de metástasis óseas diagnosticadas.

Era clásico considerar que el hepatoma difícilmente metastatizaba, sin embargo,

hoy en día se sabe que lo hace en un elevado número de casos, siendo las localizaciones más frecuentes los pulmones y ganglios regionales (1). Las distintas estadísticas consultadas señalan que estos tumores tienen propagación ósea entre un 10 y un 15 por 100 de las veces (4, 7, 10). Estos mismos autores indican que las vértebras y las costillas son los lugares de asiento preferentes en estos casos, si bien se ha descrito un caso de localización retroorbitaria (12).

En nuestro caso se da una doble particularidad de rareza. De un lado la primera manifestación clínica del tumor es la metástasis ósea, situación bastante infrecuente (4, 7) y de otro que el signo clínico sea una fractura, lo cual ya es excepcional (9). Es de destacar así mismo que el tiempo de supervivencia, según las series revisadas por MORENO y cols. (7), tras el diagnóstico, es mayor en enfermos con metástasis óseas, cosa que no ocurrió en nuestro enfermo, cuyo tiempo de evolución (5'6 meses) se acercó más al de las series no metastatizadas a hueso.



FIG.

BIBLIOGRAFÍA

1. BENNER, E.; LABBY, D. (1961): Hepatoma: clinical experiences with a frequently bizarre tumor. *Ann. Intern. Med.*, 54: 620-635.
2. BERMAN, C. (1951): Primary carcinoma of the liver: A study in incidence, clinical manifestations, pathology and Aetiology. H.K. Lewis and Co. Ltd., London.
3. DAHLIN, D. (1978): Bone Tumors. Charles Thomas. Publisher. Illinois. 356-357.
4. FEINBERG, S. et al. (1959): Primary hepatoma: bone metastasis as initial manifestations. *Minn. Med.*, 42: 732.
5. FERRER, M. (1977): El tratamiento quirúrgico de las metástasis óseas. *Rev. Ortop. Traum.*, 21 (2): 243-254.
6. LICHTENSTEIN, L. (1975): Tumores óseos. Elícien, Barcelona, 370-387.
7. MORENO, J.; SEBASTIÁN, C.; VILCHES, J. M.; GILSANZ, V. (1981): Metástasis óseas y hepatomas: significación clínica y pronóstica. *Rev. Esp. Enf. Ap. Digest.*, 59 (4): 485-492.
8. SCHINZ, H.; BAENSCH, W.; FRIEDL, E.; UEHLINGER, E. (1952): Roentgen-Diagnosis (translated by T. Case). Vol. 2. New York, Grune.
9. TALERMAN, A.; MAGYAR, E. (1973): Hepatocellular carcinoma presenting with pathologic fracture due to bone metastasis. *Cancer*, 32: 1477-81.
10. TURECK, S. (1977): Orthopaedics. Lippincott Company, Philadelphia, 3 Ed. 588-593.
11. VALLS and SCHAJOWICZ (1977): Citados por M. FERRER en «El tratamiento quirúrgico de las metástasis óseas». *Rev. Ortop. Traum.*, 21 (2): 243-254.
12. ZUBLER, M.; RIVERA, R.; LANE, M. (1981): Hepatoma presenting as a retro-orbital metastases. *Cancer*, 48: 1883-1885.