

Metastasis humeral tardía de un cancer de laringe

Late humeral metastasis from a larynx cancer

A. A. MARTINEZ MARTÍN*, J. VERA ÁLVAREZ**, J. SANZ LACALLE***, J. CUADRA RUIZ* F. GRACIA REPOLLÉS*

*SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA. **SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. ***SERVICIO DE ONCOLOGÍA. HOSPITAL SAN JORGE. HUESCA.

Resumen. Presentamos un caso de metástasis ósea única en el húmero cuyo tumor primario fue un cáncer de laringe. Investigamos otras localizaciones primarias pero sólo se encontró esta. La metástasis apareció 6 años después de que el tumor primario fuera detectado. El diagnóstico fue confirmado mediante biopsia. El paciente fue tratado mediante radioterapia local, obteniéndose un alivio de su dolor.

Summary. We report a case of solitary bone metastasis in the humerus whose primary tumor was a larynx cancer. We searched for other primary sites but we only found humeral location. The metastasis appeared six years after the primary tumor was first detected. The diagnosis was confirmed by biopsy. The patient was treated with local radiation therapy, obtaining a relief of pain.

Introducción. Las metástasis óseas son la neoplasia más frecuente del sistema esquelético (1,2). Aproximadamente el 80% de ellas tienen su origen en el pulmón, la mama, la próstata, el riñón, el tiroides, el tracto gastrointestinal y en melanomas (3).

Los tumores del tracto aerodigestivo superior también pueden dar metástasis (4), aunque la mayor invasividad de estos tumores es local y en los ganglios linfáticos regionales. La incidencia de metástasis a distancia en estos tumores ha oscilado entre el 17 y el 57% según las series. Los que más metastatizan a distancia son los de la nasofaringe (entre un 22 y un 28%), hipofaringe (14-23%) y orofaringe (11-18%) y los que menos los de la glotis (1-7%). El pulmón es el sitio más frecuentemente invadido, oscilando entre el 65 y el 96% (4). Le siguen el hígado y los ganglios mediastínicos, siendo los huesos, el riñón, el cerebro y las suprarrenales localización menos frecuentes. La mayoría de las metástasis aparecen en el primer año tras el diagnóstico, aunque pueden aparecer hasta 5 años tras la presentación inicial del tumor.

En este artículo presentamos un caso de metástasis ósea única localizada en el húmero, cuyo origen fue un carcinoma de laringe diagnosticado 6 años antes de la aparición de la metástasis. El examen clínico y las pruebas complementarias no localizaron ningún otro tumor primario.

Caso clínico. Paciente varón de 75 años que acudió a nuestra consulta en septiembre de 1998 presentando dolor en el brazo derecho. En el estudio radiológico se objetivó una imagen osteolítica en el tercio proximal de la diáfisis humeral (Figs. 1A y 1B) que rompía una cortical y que invadía prácticamente todo el diámetro medular.

Entre los antecedentes médicos del paciente figuraban los siguientes: arritmia cardíaca por fibrilación auricular, cirrosis hepática enólica, insuficiencia arterial de extremidades inferiores, hábito tabáquico importante y gastrectomía por úlcus gástrico en 1973.

En 1992 fue diagnosticado, mediante biopsia, de un carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado de laringe

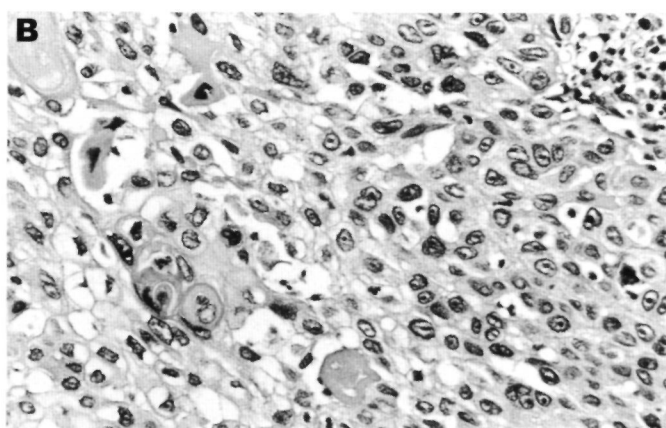
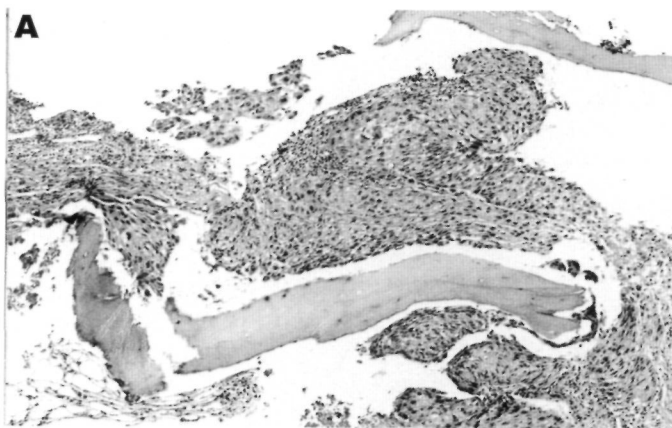
Correspondencia:

Dr. Ángel Antonio Martínez Martín.
C/Princesa 11-13, 1°C.
50005 Zaragoza.



Fig. 1. Imagen radiológica AP (A) y tratorácica (B) de la lesión humeral. Podemos observar la destrucción completa de una cortical y la invasión de todo el diámetro medular.

Fig. 2. A: Infiltración ósea por un carcinoma escamoso poco diferenciado que ocupa los espacios medulares (original, HE'10). B: Detalle de la neoformación constituida por células escamosas atípicas y aisladas células disqueratósicas (original, HE'40).



que afectaba a la cuerda vocal derecha. El paciente rechazó cualquier tipo de tratamiento. Se realizó estudio radiológico y con TAC del cuello y tórax, descartando la coexistencia de un carcinoma pulmonar. El paciente no acudió a control en consultas de otorrinolaringología hasta 1998. La disfonía y la disnea eran importantes. En el examen otorrinolaringológico el tumor afectaba ya a la cuerda vocal izquierda, aritenoides derecha y subglotis, obliterando prácticamente la luz laríngea. La radiología y la TAC torácica seguían siendo normales. Además presentaba un dolor en el brazo derecho de 1 mes de evolución, motivo por el que nos fue remitido. Se realizó estudio radiológico y gammagráfico, que reveló una única lesión osteolítica en el húmero derecho. El paciente presentaba un grave deterioro de su estado general, con una ascitis descompensada. Seguía rechazando la cirugía laríngea aunque aceptó que se le realizara una biopsia abierta de la lesión humeral, la cual evidenció una metástasis de un carcinoma pobremente diferenciado de origen epidermoide (Figs. 2A y 2B). Se investigaron otros orígenes primarios de carcinomas epidermoides. Se realizó una esofagoscopia que fue normal. Tampoco se evidenció en la exploración clínica ninguna tumoración anal. El único tumor primario encontrado fue el de laringe. El paciente fue valorado por el Servicio de Oncología y se le trató su lesión humeral mediante tele-gammaterapia con Cobalto 60. La dosis

administrada fue de 20 Gy y el fraccionamiento de 400 cGy/sesión. El dolor del brazo remitió sin llegar a desaparecer. El paciente falleció en diciembre del 98 por la descompensación de su ascitis.

Discusión. Una de las localizaciones metastásicas óseas más frecuentes es el húmero y el origen primario suele ser la mama y el pulmón (2,5). Las metástasis óseas de carcinomas laríngeos son muy poco frecuentes (4). Se ha descrito algún caso de coexistencia de tumor primitivo metacrónico de laringe y pulmón con metástasis ósea solitaria en el radio (6), aunque en estos casos la metástasis podría provenir del tumor pulmonar. En el caso que presentamos no se encontró ningún foco pulmonar. Nos ha llamado también la atención la presentación tan tardía de la lesión. Las metástasis suelen presentarse en el primer año de evolución del tumor y son raras más allá del quinto año (4). En nuestro caso el paciente no había tenido ninguna sintomatología ósea hasta poco antes de venir a la consulta en 1998. En la detección de las metástasis óseas se ha utilizado con buenos resultados la gammagrafía (7). Es una prueba muy sensible, con menos del 10% de falsos negativos, aunque es poco específica. En nuestro caso permitió descartar metástasis óseas en otras localizaciones. Dada su falta de especificidad consideramos conveniente la confirmación de la naturaleza de la lesión mediante biopsia.

La radioterapia se ha utilizado con éxito para disminuir el dolor metastásico (4,7). En nuestro paciente fue bastante efectiva. La fijación interna de las fracturas patológicas de húmero ha dado buen resultado (5,8). La fijación preventiva de las metástasis cuando estas son de gran tamaño es más rápida y fácil que cuando ya existe la fractura, proporciona alivio del dolor y la calidad de vida mejora. La irradiación local con frecuencia se usa como tratamiento complementario a la cirugía (4,7), inhibe el crecimiento del tumor y no retrasa la con-

solidación de la fractura. El metal parece no interferir con la radioterapia, en particular cuando se usa irradiación con fotones, y el resultado clínico utilizando los dos métodos conjuntamente es muy bueno. En nuestro caso el tamaño de la lesión era considerable y la probabilidad de que se produjera una fractura patológica era muy alta. Hubiera sido conveniente realizar un enclavado profiláctico de la lesión además de la radioterapia pero el mal pronóstico inmediato del paciente y su estado general terminal lo desaconsejaron. ■■■■■

Bibliografía

1. **Moreno JA, Rey C.** Metástasis de origen desconocido. En: Montalar J, Aparicio J, editors. Tumores óseos. Glaxo Wellcome. 1998, p. 173-183.
2. **Yazawa Y, Frassica FJ, Chao EYS, Pritchard DJ, Sim FH, Shives TC.** Metastatic bone disease. Clin Orthop 1990; 251:213-9.
3. **Carnesale PG.** Malignant tumors of bone. En: Canale ST, editor. Campbell's Operative Orthopaedics. Mosby. 1998, p. 714-41.
4. **Smith JD.** Distant metastasis in carcinoma of the head and neck. En: English GM, editor. Otolaryngology. JB Lippincott Company, 1993; 68:1-13.
5. **Flemming JE, Beals RK.** Pathologic fracture of the humerus. Clin Orthop 1986; 203:258-60.
6. **Klochikín AL, Markov GI, Shilenkova VV.** Primary metachronous cancer of the larynx and lung with metastasis to the radius. Vestn-Otorinolaringol 1996; 4:51-2.
7. **Galasko CSB.** Skeletal metastases. Clin Orthop 1986; 210:18-30.
8. **Vail RP, Harrelson JM.** Treatment of pathologic fracture of the humerus. Clin Orthop 1991; 268:197-202.