Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1950

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/747 - FRACTURA PATOLÓGICA; HALLAZGO CASUAL DE NEOPLASIA

C. Grille Álvarez[a], N. Jiménez Martín[b], S. Alejandre Carmona[c], L. Dani Ben Abdellah[d] e I. Sánchez Miró[e]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bustarviejo. Madrid. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio del Pilar. Madrid. [c]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Castroviejo. UDM Norte. Madrid. [d]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Infanta Mercedes. Madrid. [e]Médico Internista. Centro de Salud Bustarviejo. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 50 años en silla de ruedas, procedente de domicilio donde ha sufrido caída casual con traumatismo en cadera derecha. Intenso dolor y dificultad para la deambulación. AP: NAMC, fumadora de 20 c/día, expectoración crónica con hiperreactividad bronquial. Sin tratamiento BD ni ingresos. No otros FRCV, ni tratamientos.

Exploración y pruebas complementarias: BEG. Sin lesiones cutáneas ni adenomegalias. ACP sin alteración, Abd sin hallazgos, Nrl sin focalidad. MMII derecho en actitud de acortamiento y discreta rotación externa. Dolor a la palpación de fémur proximal. Impotencia funcional. ENVD normal. Solicitamos Rx pelvis AP y oblicua: fractura patológica de tercio proximal del fémur, patrón infiltrativo en la cortical externa y reacción perióstica. Remitimos al hospital para completar estudio y descartar origen metastático. Una vez allí Rx de tórax en decúbito: aumento ICT. Se identifica masa en LSI de bordes espiculados mal definidos (38 mm de diámetro). Traumatología realiza reducción abierta del foco de fractura y fijación interna mediante enclavado intramedular. Ingresa a cargo de medicina interna para completar estudio. TC toracoabdominal: signos radiológicos de TEP agudo, masa en LSI sugestiva de afectación tumoral primaria, lesiones hepáticas y óseas sugestivas de afectación metastática. Gammagrafía ósea: hallazgos descritos en fémur derecho y dudosas captaciones en arcos costales. Biopsia de pulmón: Adenocarcinoma con perfil IHQ (TTF– 1) compatible con origen pulmonar. Actualmente en seguimiento por oncología médica. Ante la sintomatología de la paciente se opta por analgesia de primer escalón y, ante la falta de respuesta y características mixtas de su dolor (nociceptivo + neuropático), se inicia tratamiento con tapentadol (Palexia Retard) 50 mg/12h. Rescates con fentanilo (Abstral) 100 mg si precisa para crisis irruptivas.

Juicio clínico: Fractura patológica en diáfisis de fémur derecho. Adenocarcinoma de pulmón (estadio IV). TEP agudo no complicado.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad de Paget: Agrandamiento del hueso y la producción de microfracturas. La deformidad es producida por remodelado y aumento del hueso. Fémur y húmero se encorvan en sentido lateral. Elevación de las cifras normales de fosfatasa alcalina hacen sospechar la enfermedad. Osteítis por radiación: Debido a efectos de radiación en el hueso maduro; destrucción de osteoblastos. Radiación origina atrofia ósea en lugar de necrosis. Posteriormente

tiene lugar un proceso de reparación, que hace que se deposite hueso nuevo sobre hueso trabecular isquémico no reabsorbido. El aspecto que se obtiene es un patrón moteado, con zonas de osteoporosis, aumento de densidad y trabeculación tosca. Hueso metastático: En la metástasis lítica u osteolítica, las células cancerosas disuelven algunos de los minerales que contiene el hueso, área ósea de menor densidad. Si el cáncer ha destruido demasiado el hueso, cambios aparecen en la radiografía como un hueco más oscuro en la imagen gris y blanca del hueso. A menudo, las metástasis en los huesos tienen características tanto líticas como blásticas tratándose de huesos debilitados.

Comentario final: A menudo en la consulta AP acuden numerosos pacientes con traumatismos y, a consecuencia, fracturas. Es de vital importancia prestar atención a los signos de alarma que pueden enmascarar patologías ocultas que no es infrecuente pasen desapercibidas. El dolor, principal motivo de consulta de la paciente, requiere de un adecuado enfoque y abordaje. Debemos prestar especial atención al correcto diagnóstico de un posible componente neuropático para escoger el tratamiento más adecuado a este tipo de dolor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Merashli M, Jawad A, Alokaily F. Pathological fracture due to Paget&#39s disease of bone. Saudi Med J. 2015;36(6):765-95.

2. Shah AR, Fernando M, Musson R, Kotnis N. An aggressive case of pseudomyogenic haemangioendothelioma of bone withpathological fracture and rapidly progressive pulmonary metastatic disease: case report and review of the literature. Skeletal Radiol. 2015.

3. Lutz M, Steck R, Sitte I, Rieger M, Schuetz M, Klestil T. The metaphyseal bone defect in distal radius fractures and its implication on trabecular remodeling-a histomorphometric study (case series). J Orthop Surg Res. 2015;10(1):61.

4. Rajah G, Altshuler D, Sadiq O, Nyame VK, Eltahawy H, Szerlip N. Predictors of delayed failure of structural kyphoplasty for pathologicalcompression fractures in cancer patients. J Neurosurg Spine. 2015;8:1-8.

5. Michel G, Blery P, Pilet P, Guicheux J, Weiss P, Malard O, Espitalier F. Micro-CT Analysis of Radiation-Induced Osteopenia and Bone Hypovascularization in Rat. Calcif Tissue Int. 2015.

6. Sharma N, Sidhu M, Simpson D. A "cough induced" pelvic fracture as the first sign of a malignant neoplasm. Int J Surg Case Rep. 2015;11:75-77.

7. Hanna MS, Das D. Clear Cell Cancer of the Liver Presenting with Pathological Humeral Fracture: a Case Report. J Gastrointest Cancer. 2015.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.