



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 160/747 - FRACTURA PATOLÓGICA; HALLAZGO CASUAL DE NEOPLASIA

C. Grille Álvarez<sup>a</sup>, N. Jiménez Martín<sup>b</sup>, S. Alexandre Carmona<sup>c</sup>, L. Dani Ben Abdellah<sup>d</sup> e I. Sánchez Miró<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bustarviejo. Madrid. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio del Pilar. Madrid. <sup>c</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Castroviejo. UDM Norte. Madrid. <sup>d</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Infanta Mercedes. Madrid. <sup>e</sup>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 deambulaci3n. AP: NAMC, fumadora de 20 c/día, expectoraci3n cr3nica con hiperreactividad bronquial. Sin tratamiento BD ni ingresos. No otros FRCV, ni tratamientos.

**Exploraci3n y pruebas complementarias:** BEG. Sin lesiones cutáneas ni adenomegalias. ACP sin alteraci3n, Abd sin hallazgos, Nrl sin focalidad. MMII derecho en actitud de acortamiento y discreta rotaci3n externa. Dolor a la palpaci3n de fémur proximal. Impotencia funcional. ENVN normal. Solicitamos Rx pelvis AP y oblicua: fractura patol3gica de tercio proximal del fémur, patr3n infiltrativo en la cortical externa y reacci3n peri3stica. Remitimos al hospital para completar estudio y descartar origen metastático. Una vez allí Rx de t3rax en decúbito: aumento ICT. Se identifica masa en LSI de bordes espiculados mal definidos (38 mm de diámetro). Traumatología realiza reducci3n abierta del foco de fractura y fijaci3n interna mediante enclavado intramedular. Ingresa a cargo de medicina interna para completar estudio. TC toracoabdominal: signos radiol3gicos de TEP agudo, masa en LSI sugestiva de afectaci3n tumoral primaria, lesiones hepáticas y óseas sugestivas de afectaci3n metastática. Gammagrafía ósea: hallazgos descritos en fémur derecho y dudosas captaciones en arcos costales. Biopsia de pulm3n: 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 escal3n 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 clínic3:** Fractura patol3gica en diáfisis de fémur derecho. Adenocarcinoma de pulm3n (estadio IV). TEP agudo no complicado.

**Diagn3stico diferencial:** Enfermedad de Paget: Agrandamiento del hueso y la producci3n de microfracturas. La deformidad es producida por remodelado y aumento del hueso. Fémur y húmero se encorvan en sentido lateral. Elevaci3n de las cifras normales de fosfatasa alcalina hacen sospechar la enfermedad. Osteítis por radiaci3n: Debido a efectos de radiaci3n en el hueso maduro; destrucci3n de osteoblastos. Radiaci3n origina atrofia ósea en lugar de necrosis. Posteriormente tiene lugar un proceso de reparaci3n, que hace que se deposite hueso nuevo sobre hueso trabecular isquémico no reabsorbido. El aspecto que se obtiene es un patr3n moteado, con zonas de osteoporosis, aumento de densidad y trabeculaci3n 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's 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 with pathological 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 pathological compression 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.