

FRACTURA PATOLÓGICA DE FÉMUR COMO MANIFESTACIÓN DE UNA NEOPLASIA RENAL

Pizarro Romero, Gregorio ^a; Azpillaga Maggí Diego ^a; Pérez Garrido, Cristina^a; López-Marina, Víctor ^b; Martínez González, Silvia ^a; Sánchez Miquel Irene^a
EAP Badalona-6 Llefia ^a ; EAP Piera ^b. ICS. Barcelona.

Introducción

El carcinoma renal representa el 2-3% de todas las neoplasias malignas del adulto. Alrededor del 30% de los pacientes presentan metástasis (Mx) en el momento del diagnóstico o en los primeros seis meses. Las Mx por orden de frecuencia se producen en pulmón, hueso, hígado, suprarrenales y cerebro.

Descripción sucinta del caso

Varón de 52 años, fumador 35 paq/año, con síndrome metabólico. Dolor en muslo y rodilla derecha (RD) hace 2 meses en estudio. *RX y Ecografía RD: Normal. Resonancia Magnética (RM) RD: Subluxación de rótula, signos de condropatía. Aviso a domicilio por dolor agudo e impotencia funcional extremidad inferior derecha (EID). Exploración: Acortamiento y rotación externa EID por probable fractura (Fx). Estudio Hospital RX muslo derecho: Fx patológica fémur derecho. Tomografía (TC) Tórax y abdomen: Masa sólida de 74x62x62 mm en polo inferior riñón izquierdo (RI) y captación heterogénea por carcinoma renal (CR). Tratamiento: osteosíntesis Fx patológica. Nefrectomía radical izquierda laparoscópica. Anatomía patológica (AP) del fragmento óseo: Mx de carcinoma renal de células claras (CRCCL). AP RI: CRCCL. El paciente fallece 6 días después de la nefrectomía por shock séptico de origen abdominal*

Estrategia práctica de actuación

El 5-10% de los pacientes con Mx óseas por CR presentan Fx patológicas. Las Mx son de características líticas y de afectación axial. Las Fx se producen con trauma mínimo. *Clínica: dolor súbito y a veces, deformidad de hueso afecto. Diagnóstico: radiografía, gammagrafía con TC-99, Tomografía y Resonancia Magnética. Las pruebas de laboratorio son inespecíficas, pueden ser útiles en el control evolutivo de las Mx*

Tratamiento: Inmunoterapia (interferón alfa, interleucina 2 o combinaciones de estos con quimioterápicos). Se recomienda la nefrectomía previa al tratamiento inmunoterápico. En Mx óseas fijación quirúrgica con clavo intramedular en huesos largos seguido de radioterapia paliativa

Bibliografía

[KEY WORDS: Bone metastases.. Renal cell carcinoma. Diagnosis]

1. Ruiz Hernández G, Ferrer Albiach C, Balaguer MartínezJV, Romero de Ávila C, Castillo Pallarés FJ. Metástasis óseas secundarias a carcinoma renal diagnosticadas mediante gammagrafía ósea. Actas Urol Esp 2001;25(9):679-682.
2. ROODMAN GD. Mechanisms of bone metastasis. N Engl J Med 2004; 350: 1655-1664
3. Lang H, Jacqmin D. Prognostic factors in renal cell cancer. EAU Update Series 2003; 1: 215-219



Fig. 1 RX simple
Fractura patológica diafisaria de fémur derecho

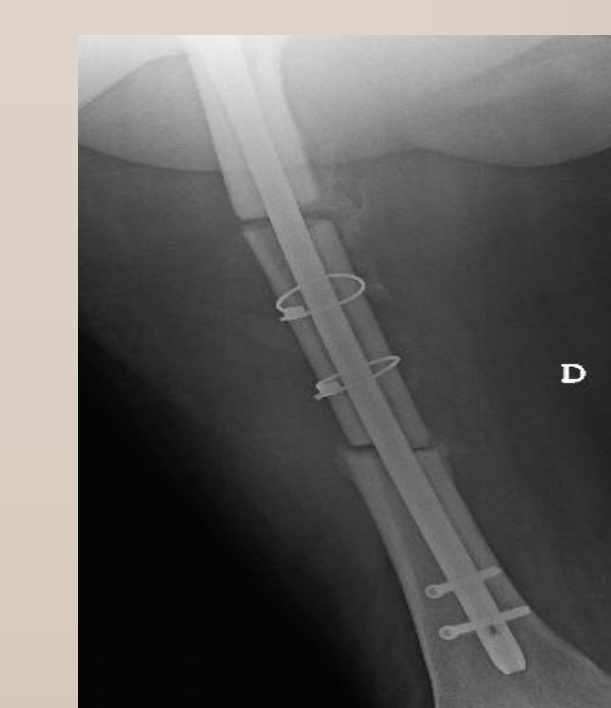


Fig. 2 RX simple
Fijación ósea con clavo endomedular e injerto de hemifémur



Fig. 3 Gammagrafía ósea TC 99
Hipercaptación del trazador en tercio medio del fémur derecho por metástasis lítica. Hipercaptación en rótula ipsilateral por subluxación.



Fig. 4 y 5 TC de abdomen:
Masa sólida de bordes irregulares en polo inferior del riñón izquierdo
Ausencia de adenopatías retroperitoneales



Fig. 6 TC de abdomen:
Cambios postnefrectomía izquierda con pequeñas burbujas aéreas siguiendo el trayecto del drenaje peritoneal