

Acrometástase como manifestação primária de adenocarcinoma pulmonar

José Ferreira, Sofia Viçoso, Tiago Barbosa, Frederic Ramalho,
Fernando Lima, Manuel Mendes

Serviço de Ortopedia e Traumatologia. Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE. Guimarães. Portugal.

José Ferreira

Sofia Viçoso

Tiago Barbosa

Frederic Ramalho

Interno do Complementar de Ortopedia

Fernando Lima

Assistente Hospitalar Ortopedia

Manuel Mendes

Chefe de Serviço

Serviço de Ortopedia e Traumatologia.
Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE.
Guimarães. Portugal.

Submetido em: 5 julho 2012

Revisto em: 28 outubro 2012

Aceite em: 31 outubro 2012

Publicação eletrônica em: 12 novembro 2012

Tipo de estudo: Terapêutico

Nível de evidência: IV

Declaração de conflito de interesses:

Nada a declarar.

Correspondência:

José Fraga Ferreira

Serviço de Ortopedia e Traumatologia

Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE

Rua dos Cutileiros, Creixomil

4835-044 Guimarães

Portugal

josefragaferreira@gmail.com

RESUMO

Metástases ósseas da mão e pé (acrometástases) são raras. A sua apresentação varia, sendo geralmente confundidas com processos inflamatórios como artrite reumatoide, gota, tenossinovite, fratura ou infecciosos (panarício, osteomielite). A etiologia das acrometástases não digitais é comum aos tumores primários com metastização óssea (próstata, pulmão, rim, mama e gastrointestinal). Pelo contrário, a etiologia de acrometástases digitais é quase exclusivamente carcinoma broncogénico. Descrevemos o caso de um homem de 43 anos, com um adenocarcinoma pulmonar oculto, que apresentava dor e tumefação persistente da falange distal do dedo indicador da mão dominante. Foi efetuada amputação paliativa, com confirmação histológica de adenocarcinoma pulmonar. Raramente a acrometástases se torna sintomática antes do diagnóstico do tumor primário. Para uma orientação adequada, os médicos devem estar familiarizados com a forte associação entre acrometástases digitais e carcinoma broncogénico, efetuando os procedimentos diagnosticos adequados em doentes de risco com queixas digitais.

Palavras chave:

Acrometástase, mão, adenocarcinoma

ABSTRACT

Bone metastases of the hand and foot (acrometastasis) are rare. The presentation vary, being generally confused with inflammatory process such as rheumatoid arthritis, gout, tenosynovitis, fracture or infectious process (paronychia, osteomyelitis). The etiology of non-digital acrometastasis is common to the primary tumors with bone metastasis (prostate, lung, kidney, breast and gastrointestinal).

However, the etiology of digital acrometastasis is almost exclusively bronchogenic carcinoma. We report the case of a 43 years man, with an occult lung adenocarcinoma. He had persistent pain and swelling of the distal phalanx of the index finger of the dominant hand. Palliative amputation was performed, with histological confirmation of lung adenocarcinoma. Rarely acrometastasis becomes symptomatic before the diagnosis of primary tumor. Physicians should be familiar with the strong association between digital acrometastasis and bronchogenic carcinoma. This way they will perform the appropriate diagnostic procedures in risk patients with digital complaints.

Key words:

Acrometastasis, hand, adenocarcinoma

INTRODUÇÃO

A metastização óssea para a mão e pé é rara, sendo-o ainda mais quando tem uma apresentação a nível dos dedos.

Uma acrometástase digital vai aparecer em apenas 0,2% dos carcinomas pulmonares com metastização óssea^[1,2]. Contudo, cerca de 10% das acrometástases são o primeiro sintoma da patologia tumoral oculta^[3], tal como no caso que descrevemos. Trata-se assim de um fenómeno raro, mas com elevada importância diagnóstica.

CASO CLÍNICO

Um homem de 43 anos de idade, fumador, sem antecedentes clínicos relevantes, recorreu ao serviço de urgência por tumefação e dor da falange distal do 2º dedo da mão direita (Figura 1). Apresentava marcado edema, aparente flutuação, rubor e dor ligeira, com um mês de evolução, sem história de traumatismo ou ferimento.

Realizou radiografia que mostrou osteólise marcada da falange distal do segundo raio e imagens de irregularidade periosteal na porção distal da falange média (Figura 2). Realizou tomografia axial computadorizada que mostrou uma lesão permeativa na falange distal do 2º dedo, grosseiramente ovoide com

cerca de 15mm de diâmetro máximo, provocando erosão da cortical óssea adjacente. Foi considerada como provável a etiologia neoplásica, nomeadamente um tumor glómico subungueal.

O doente referia também dor cervical à direita com uma semana de evolução, correspondente a uma adenopatia. Efetuada radiografia de tórax que revelou imagem nodular no ápice do campo pulmonar direito (Figura 3).

Realizou TAC torácico e foi internado com diagnóstico imagiológico de provável carcinoma pulmonar primário, com metastização pulmonar, na grade costal, fígado e suprarenais.



Figura 1. Tumefação da falange distal do segundo dedo da mão direita, no momento da admissão hospitalar.



Figura 2. Radiografia com evidência de osteólise marcada do segundo dedo mão direita.

A biópsia pulmonar demonstrou um adenocarcinoma pulmonar.

Duas semanas após internamento era visível um aumento do volume da tumefação e as queixas álgicas intensificaram-se (Figura 4). Foi efetuada amputação do dedo atingido. A anatomia patológica confirmou a presença de células de adenocarcinoma pulmonar (Figura 5).



Figura 4. Tumefação da falange distal do segundo dedo da mão direita, no dia da amputação, sendo visível o seu aumento de volume.



Figura 3. Radiografia de tórax, com massa visível no ápice pulmonar direito.

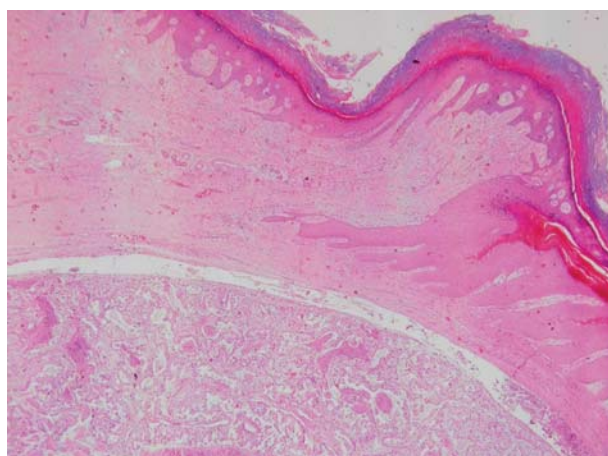


Figura 5. Histologia da lesão da falange, com presença de células de adenocarcinoma pulmonar.

DISCUSSÃO

As acrometástases representam 0,07 a 3% das totalidade das metastases ósseas, dependendo do autor^[4-8]. Cerca de 62% localizam-se nas falanges e destas 34% ao nível da falange distal^[6,9,10]. Os tumores primários mais implicados, em ordem decrescente de prevalência, são: pulmão, rim, mama, e gastro-intestinal^[11]. Os homens são mais afetados do que as mulheres^[9,12]. As células tumorais migram para os ossos da mão por via hematogénea^[6]. As células pulmonares, têm, ao contrario das originárias no trato digestivo, acesso direto ao sistema arterial distal. Assim a causa mais comum de acrometástase é o carcinoma broncogénico^[6]. O tipo histológico mais frequentemente encontrado é o carcinoma epidermoide, seguido do adenocarcinoma e finalmente, do carcinoma de pequenas células. Os tumores da mama e gástricos são os seguintes em prevalência. Os cancros do trato urogenital e cólicos são mais frequentemente causa de acrometástases do pé^[7,11].

Alguns pacientes referem uma história de traumatismo do dedo afetado, o que segundo alguns autores poderá ter um papel na etiogénese, facilitando a migração celular e a adesividade ao osso pela libertação de fatores quimiotáticos locais, que também aumentam o fluxo sanguíneo^[13]. Para além dos traumatismos, a literatura refere como fatores favorecedores: gradientes de temperatura, fatores hormonais e imunitários (nomeadamente a escassez de medula óssea vermelha nos ossos das extremidades^[14], bem como propriedades inerentes à célula que dissemina^[15].

A dor constitui o principal sintoma^[6]. A sua intensidade é variável, podendo ser intensa e de evolução rápida, despertando toda a atenção do paciente, ou pelo contrário, insidiosa e moderada ao início, mas persistente e mais tarde resistente aos analgésicos. A indolência é pouco comum^[16]. O dedo pode aparentar um processo infeccioso, com dor, calor, eritema e edema^[17]. De facto uma tumefação local está presente na maior parte dos casos. As lesões cutâneas são bastante mais raras^[6]. Ulcerações cutâneas são mais frequentes em metástases avançadas e orientam

mais frequentemente para um tumor cutâneo maligno primitivo^[4].

Perante o quadro clínico descrito seria pedido uma radiografia. De início as lesões seriam mínimas: osteopenia da falange ou espessamento das partes moles. Num estadio mais avançado existirá uma osteólise localizada, irregular e mal limitada, com uma ligeira lâmina óssea subcondral. A lesão será muito mais raramente osteocondensante ou mista^[9]. Outros diagnósticos diferenciais possíveis são tumores da matriz cartilaginosa (ausência de calcificações em pipoca), artrite reumatoide (sem atingimento da interlinha articular), ou uma lesão infrequente de gota^[10,15,18]. Caso não exista neste contexto um tumor primário conhecido, deverá ser efetuado uma radiografia torácica para pesquisar sinais de neoplasia broncopulmonar^[9].

A orientação terapêutica destes doentes varia com a extensão do tumor primitivo. Caso se trate da única metástase à distância e com um tumor primitivo controlável, será que ponderar uma exérese cirúrgica. Caso contrário, radioterapia em dose curativa pode dar um efeito antiálgico e possibilita por vezes a recalcificação da lesão. Ela está contraindicada se existe ulceração cutânea. Em caso de metastização múltipla, está indicado tratamento paliativo, com radioterapia, analgésicos, anti-inflamatórios e por vezes quimioterapia^[9,19,20]. Poderá haver também um papel a desempenhar por fármacos que estimulam a remodelação óssea, tal como bifosfonados ou denosumab, que já demonstraram a sua utilidade no tratamento de outras metástases ósseas^[21,22].

No caso apresentado, as queixas álgicas sofreram agravamento significativo após o internamento hospitalar, tornando-se a dor resistente à terapêutica. Dado o contexto clínico, seria lícito ter iniciado radioterapia paliativa. O simples facto de se tratar de uma acrometástase digital tornava o diagnóstico de carcinoma broncogénico muito provável. Contudo, os dados histológicos de biópsia da massa pulmonar foram considerados indispensáveis para iniciar a mesma. Assim, optou-se por um tratamento paliativo local e efetuou-se a ressecção da falange distal e porção distal da falange média.

O prognóstico vital dos pacientes é sombrio, com uma sobrevida de apenas 15% ao final do primeiro ano^[18,20].

CONCLUSÃO

Tal como este caso ilustra, devemos considerar esta hipótese diagnóstica em doentes com queixas digitais persistentes, e efetuar uma avaliação pulmonar. Trata-se de uma patologia rara e por vezes de difícil diagnóstico. O seu prognóstico é particularmente sombrio, sendo o tratamento essencialmente paliativo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Long LS, Brickner L, Helfend L, Wong T, Kubota D. Lung cancer presenting as acrometastasis to the finger: a case report. *Case Report Med.* 2010;2010:234289.
2. Kumar PP. Metastases to the bones of the hand. *J Natl Med Assoc.* 1975;67(4):275-6.
3. Baran R, Guillot P, Tosti A. Metastasis from carcinoma of the bronchus to the distal aspect of two digits. *Br J Dermatol.* 1998;138(4): 708
4. Amar MF, Almoubaker S, Lahrach K, Chbani B, Bennani A, Marzouki A, Boutayeb F. Tumeur géante du pouce révélant un adénocarcinome pulmonaire (à propos d'un cas). *Chir Main.* 2011 Apr;30(2):133-5.
5. Amadio PC, Lombardi RM. Metastatic tumors of the hand. *J Hand Surg* 1987;12A:311-6.
6. Asencio G, Hafdi Ch, Pujol H, Allieu Y. Métastases osseuses au niveau de la main. *Revue générale à propos d'etris cas.* *AnnChirMain*1982;1(2):137-45.
7. Desmanet E, Amrani M, Fievers R, Six C. Acrometástases. Review of two cases. Review of the literature. *Ann Chir Main Memb Super* 1991;10(2):154-7.
8. Hayden RJ, Sullivan LG, Jebson PJ. The hand in metastatic disease and acral manifestation of paraneoplastic syndromes. *Hand Clin* 2004;20(3): 335-43.
9. Akjouj S, El Kettani N, Semlali S, Chaguar B, Chaouir S, Hanine A, Benameur M. Acrometástase du pouce révélant un adénocarcinome pulmonaire : à propos d'un cas avec revue de la littérature. *Chir Main* 2006;25(2):106-8.
10. Letanche G, Dumontet C, Euvrard P, Souquet PJ, Bernard JP. Métastases distales des cancers bronchiques. Métastase osseuse et m+etastase des tissus mous. *Bull cancer* 1990; 77: 1025-30
11. Choi CH, Carey RW. Small cell anaplastic carcinoma of lung. Reappraisal of current management. *Cancer.* 1976;37(6):2651-7.
12. Flynn CJ, Danjoux C, Wong J, Christakis M, Rubenstein J, Yee A, Yip D, Chow E. Two cases of acrometastasis to the hands and review of the literature. *Curr Oncol.* 2008;15(5):51-8
13. Tolo ET, Cooney WP, Wenger DE. Renal cell carcinoma with metastases to the triquetrum: case report. *Journal of Hand Surgery.* 2002;27(5): 876-881.
14. Kerin R. The hand in metastatic disease. *J Hand Surg* 1987;12A:77-83.
15. Esp-Carvalho HA, Takagaki TY. Thumb metastasis from small cell lung cancer treated with radiation. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo* 2002;57(6): 283-6.
16. De-Pass SW, Roswitt B, Unger SM. Metastatic carcinoma in the bones of the hand. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med.* 1958;9:643-4.
17. Khokhar N, Lee JD. Phalangeal metastasis: first clinical sign of bronchogenic carcinoma. *South Med J.* 1983;76(7):927.
18. Rochet N, Pages M, Lassoued S, Poey C, Fournié B, Fournié A. Métastase phalangienne de la main. A propos d'une observation. *Rev Rhum Mal Osteoartic* 199158(1):73-4, 1991 Jan
19. Letanche G, Dumontet C, Euvrard P, Souquet PJ, Bernard JP. Métastases distales des cancers bronchiques. Métastase osseuse et métastase des tissus mous. *Bull Cancer.* 1990;77(10):1025-30.
20. Ghert MA, Harrelson JM, Scully SP. Solitary renal cell carcinoma metastasis to the hand: the need for wide excision or amputation. *J Hand Surg* 2001;26:156-60.
21. Pavlakis N, Schmidt R, Stockler M. Bisphosphonates for breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2005 Jul 20;(3):CD003474
22. Smith MR, Egerdie B, Hernández Toriz N, Feldman R, Tammela TL, Saad F, et al Denosumab in men receiving androgen-deprivation therapy for prostate cancer. *N Engl J Med.* 2009 20;361(8):745-55.

Texto em conformidade com as regras do novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, convertido pelo programa Lince (© 2010 - ILTEC).