

Metástasis falángica en dedo anular derecho en paciente con antecedente de cáncer de colon etapa IV

Úrsula Figueroa F.¹, Francisca Henríquez W.¹, Augusto León R.¹

¹Departamento de Cirugía Oncológica, Hospital Clínico Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

Recibido el 2022-07-11 y aceptado para publicación el 2022-10-17.

Correspondencia a:
Francisca Henríquez Winser
fthenriquez@uc.cl

Finger phalangeal metastasis in a patient with history of stage IV colon cancer

Objective: To report a clinical case of achrometastases of colon cancer. **Materials and methods:** Information is obtained from the electronic medical record. A literature review is performed, using the terms “achrometastases”, “bone metastases”, “hand metastases”, “phalangeal metastases”. **Results:** We present the case of a patient with a history of stage IV sigmoid colon cancer who underwent resection of liver metastases, chemotherapy and radiotherapy. Consultation due to an ulcerative lesion on the right ring finger, whose biopsy indicated colon adenocarcinoma metastases. Proximal transphalangeal amputation is performed with biopsy confirming diagnosis. **Discussion:** Hand metastases account for 0.007-0.2% of all distant metastases. They present as a painful increase in volume with a granulomatous appearance or associated with progressively worsening ulceration. The treatment aims to manage pain and preserve the functionality of the limb. **Conclusion:** Colon adenocarcinoma rarely gives phalangeal metastases. They correspond to a late manifestation of the disease with a high associated 6-month mortality rate. They should be considered as a differential diagnosis in cancer patients.

Keywords: colon cancer; achrometastases, bone metastasis, hand metastasis, phalangeal metastasis

Resumen

Objetivo: Reportar un caso clínico de acrometástasis de cáncer de colon. **Materiales y Métodos:** Se obtiene información de la ficha clínica electrónica. Se realiza revisión de literatura, utilizando los términos “acrometastasis”, “metástasis óseas”, “metástasis en la mano”, “metástasis en falanges”. **Resultados:** Se presenta el caso de un paciente con antecedente de cáncer de colon sigmoide etapa IV sometido a resección de metástasis hepáticas, quimioterapia y radioterapia. Consulta por lesión ulcerada en dedo anular derecho, cuya biopsia indica metástasis de adenocarcinoma de colon. Se realiza amputación transfalángica proximal con biopsia que confirma diagnóstico. **Discusión:** Las metástasis en mano dan cuenta del 0,007-0,2% de todas las metástasis a distancia. Se presentan como aumento de volumen doloroso de aspecto granulomatoso o asociado a ulceración con empeoramiento progresivo. El tratamiento tiene por objetivo el manejo del dolor y la preservación de la funcionalidad de la extremidad. **Conclusión:** El adenocarcinoma de colon, raramente, da metástasis falángicas. Corresponden a una manifestación tardía de la enfermedad con una alta tasa de mortalidad a 6 meses asociada. Se deben considerar como diagnóstico diferencial en pacientes oncológicos.

Palabras clave: cáncer de colon; acrometástasis; metástasis óseas; metástasis en la mano; metástasis en falanges.

Introducción

El término acrometástasis hace referencia a lesiones neoplásicas secundarias que se ubican distal al codo y la rodilla. Las metástasis en mano son raras, dando cuenta de aproximadamente el 0,007-0,2%

de todas las metástasis a distancia. Según la literatura, entre un 35- 50% de los casos corresponden a metástasis de cáncer pulmonar, 25% de tumores gastrointestinales, 13% de tumores del tracto urinario, 7% de tumores primarios de cuello y el resto se atribuyen a neoplasias de mama, piel, hematoló-

gicas, entre otras¹. Suelen presentarse en pacientes mayores de 50 años y, generalmente, se asocian a sobrevida menor a 6 meses desde el diagnóstico^{1,2}.

Presentación de caso

Paciente de 63 años con antecedente de cáncer de colon sigmoides etapa IV (2017) sometida a cirugía de resección de metástasis hepáticas en segmento VI y tratamiento adyuvante con FOLFOX (leucovorina cálcica, fluorouracilo y oxaliplatino). Biopsia de tejido compatible con KRAS mutado en codón 12, NRAS (-), BRAF (-). Evoluciona con carcinomatosis peritoneal tratada con FOLFIRI (leucovorina cálcica, fluorouracilo, irinotecán) - Bevacizumab completando 13 dosis tras lo cual evoluciona con neutropenia por lo que se indica Capecitabina - Bevacizumab alternados para mantención completando 37 y 18 ciclos bien tolerados. Tomografía computada de tórax, abdomen y pelvis (TT, TAP) de control con evidencia de nódulo pulmonar único y adenopatías retroperitoneales, no resecables según evaluación por cirugía digestiva y de tórax. Se ajusta esquema a Capecitabina - Oxaliplatino - Bevacizumab. Se realiza TT TAP de control en 2020 que evidencia progresión hepática y pulmonar, se mantiene Capecitabina - Oxaliplatino - Bevacizumab en fase on. Se agrega Radioterapia en protocolo SBRT (*Stereotactic Body Radiation Therapy*). Evoluciona con progresión de lesiones pulmonares bilaterales y hepáticas de carácter secundario por lo que se inicia tratamiento con FOLFIRI. En febrero de 2022 consulta por lesión ulcerada con tejido granulatorio en dedo anular derecho por lo que se deriva a dermatología donde se obtiene biopsia de tejido que informa metástasis de adenocarcinoma de colon. Se decide amputación transfalángica proximal de 4° dedo derecho cuya biopsia confirma adenocarcinoma metastásico de origen colónico que infiltra hueso con borde quirúrgico negativo, *test* de expresión PDL1 negativo. Mantiene sus controles con oncología sin embargo dado deterioro funcional es derivada a cuidados paliativos.

Discusión

Las acrometástasis corresponden a una entidad infrecuente, lo que estaría dado por el bajo contenido de médula ósea roja y de perfusión en los huesos distales. Esto apoya el hecho de que más del 50% de las metástasis en manos serían producto de un tumor primario de pulmón, dado que las células



Figura 1. Imagen macroscópica de lesión digital.

tumorales utilizarían el sistema arterial sistémico en lugar del sistema linfático. Así, tumores de otras vísceras tendrían menos probabilidades de generar acrometástasis, pues sus émbolos deberían traspasar el lecho capilar hepático o pulmonar antes de alcanzar el sistema arterial sistémico. Del mismo modo se ha descrito el predominio de acrometástasis en la mano dominante y/o en extremidades expuestas a trauma. Se ha propuesto que este hallazgo estaría explicado por el aumento de flujo sanguíneo hacia la mano dominante y por los mecanismos de angiogénesis involucrados en la respuesta ante trauma en la extremidad, lo que favorecería la siembra de células tumorales hacia distal a partir de tumores

CASOS CLÍNICOS

primarios³. Es más, se ha planteado que mecanismos de quimiotaxis estarían implicados en la ubicación predominante de estas metástasis en falanges de la mano dominante, que tienen mayor perfusión sanguínea en relación a sus similares y mayor exposición a traumatismos, teoría que tomó fuerza a partir de un reporte del año 2005 en que se informa una acrometástasis de adenocarcinoma de colon en un paciente víctima de una mordedura de perro^{1,4,5}.

La incidencia global de metástasis óseas por tumores primarios del tracto gastrointestinal descrita se acerca al 5,6-7,9%¹. Las metástasis óseas de cáncer de colon, usualmente, ocurren como una manifestación tardía de la enfermedad durante el seguimiento de pacientes oncológicos y ocurren en menos del 5% de los pacientes. Se ha descrito hasta un 10% de casos en que la acrometástasis sería la primera manifestación de un tumor primario no identificado^{2,6}. Son más frecuentes en hombres y su edad promedio de presentación ronda entre los 50 y 60 años¹.

La manifestación clínica habitual comprende aumento de volumen doloroso, generalmente, similar a una infección de partes blandas con eritema, sensibilidad, calor local y limitación de la funcionalidad que puede evolucionar con empeoramiento progresivo de la lesión pudiendo adquirir un aspecto granulomatoso o asociado a ulceración^{1,7}. Dada su presentación pueden simular granulomas piogénicos, artritis reumatoide, neoplasia primarias de piel como carcinoma de células escamosas, focos de osteomielitis, tofos gotosos, entre otros; debiendo tener un alto índice de sospecha en pacientes con diagnóstico previo de tumores primarios de otra localización y realizar los estudios pertinentes según sea el caso⁷.

En el estudio imagenológico inicial con radiografía estándar de mano es posible identificar lesiones líticas y destructivas aunque, ocasionalmente, se han descrito cambios blásticos. Ante su diagnóstico, es pertinente realizar un cintigrama óseo para la evaluación de otras lesiones sospechosas de metástasis óseas^{1,8}. En este sentido, la tomografía axial computarizada (TC) y la resonancia magnética nuclear (RMN) son esenciales para definir completamente la extensión de la lesión. La TC proporciona una mayor definición de la afectación ósea y puede determinar la presencia de cualquier formación ósea reactiva. La RM es la imagen de elección para evaluar el compromiso de los tejidos blandos, incluidas las estructuras neurovasculares, permitiendo determinar la extensión ideal de resección para lograr un margen tumoral negativo⁹. Finalmente, la tomografía por emisión de positrones se ha planteado

como una herramienta que aportaría precisión en el diagnóstico diferencial de tumores benignos y malignos y en la detección temprana de neoplasias primarias y secundarias con sensibilidad y especificidad cercanas al 90% y 78% respectivamente^{1,7,11}.

En relación al tratamiento, se debe tener en cuenta que la aparición de una metástasis en la mano es un signo de mal pronóstico, significando una mediana de supervivencia de, aproximadamente, 6 meses desde el diagnóstico^{3,9,10,12}. Es por esto que el tratamiento tiene por objetivo principal el manejo del dolor y la preservación de la funcionalidad de la extremidad comprometida, teniendo en cuenta el perfil de cada paciente. Desde el punto de vista oncológico, se debe determinar la necesidad de quimioterapia o radioterapia adyuvante según el estudio de diseminación y la esperanza de vida del paciente. En relación al manejo específico de la acrometástasis, se debe realizar un abordaje quirúrgico agresivo (es decir, resección amplia o amputación). Algunos estudios han sugerido abordajes distintos dependiendo de la ubicación de la lesión y del estado general del paciente: en caso de pacientes crónicamente debilitados con metástasis distales, se recomienda amputación a nivel de la articulación proximal al nivel afectado, en cambio en lesiones proximales, se recomienda intentar la resección local asociada a radioterapia. En casos particulares de pacientes con alto riesgo de infección y/o dehiscencia de la herida o riesgo elevado de discapacidad, se puede optar por un manejo conservador teniendo como alternativas un legrado simple y cementación de la lesión, inmovilización y optimizar el manejo del dolor⁹.

El rol de la radioterapia como alternativa terapéutica en estos pacientes es un tema aún en discusión. Se ha descrito su eficacia en casos seleccionados de pacientes con destrucción ósea localizada, en los que podría resultar en una calcificación local secundaria que favorecería la preservación de parte de la funcionalidad del dedo afectado⁷, sin embargo no hay consenso en relación a la recomendación de un protocolo por sobre otro.

Conclusión

El cáncer de colon, habitualmente, genera metástasis en hígado, pulmón y peritoneo, sin embargo en menos del 5% de los casos, se ha reportado diseminación ósea^{2,6}. Corresponden a una manifestación tardía de la enfermedad con una alta tasa de mortalidad a 6 meses desde su diagnóstico¹. Su presentación clínica suele imitar una serie de entidades con compromiso de partes blandas, debiendo tener un

alto índice de sospecha en pacientes con diagnóstico previo de tumores primarios de otra localización. La publicación del presente caso cobra relevancia al tener en cuenta que la mayor parte de la información que se conoce de las acrometástasis se ha obtenido a partir de reportes o series de casos, dando cuenta de experiencias locales con escasa base en estudios y revisiones sistemáticas. Si bien existe consenso acerca de la necesidad de un abordaje quirúrgico agresivo para el manejo local de estas lesiones, falta información para establecer recomendaciones en relación a terapias adyuvantes y el manejo del dolor.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que en este manuscrito no se han realizado experimentos en seres humanos ni animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación: Ninguna.

Conflictos de interés: Ninguno.

Bibliografía

1. Umana GE, Scalia G, Palmisciano P, Passanisi M, Da Ros V, Pompili G, et al. Acrometastases to the Hand: A Systematic Review. *Medicina (Kaunas)*. 2021;57:950. doi 10.3390/medicina57090950.
2. Anoop TM, George S, Divya KP, Jabbar PK. Metastatic phalangeal osteolysis as an initial presentation of carcinoma colon. *Am J Surg*. 2010;200:61-3. DOI <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2010.02.016>.
3. Flynn CJ, Danjoux C, Wong J, Christakis M, Rubenstein J, Yee A, et al. Two cases of acrometastasis to the hands and review of the literature. *Curr Oncol*. 2008;15:51-8. doi: 10.3747/co.v15i5.189. PMID: 19008991.
4. Mátrai Z, Péley G, Rényi F, Farkas E, Kovács T, Köves I. The similarities between the mechanism of wound healing and tumor development--literature review on the occasion of a patient with colonic adenocarcinoma metastasis in a dog-bite wound. *Orv Hetil*. 2005;146:99-109. Hungarian. PMID: 15693441.
5. Sipahioglu S, Zehir S, Ozkanli U. Nasopharyngeal carcinoma with hand metastasis. *J Hand Surg Eur*. 2012;37:578-9. doi: 10.1177/1753193412441776.
6. Umana GE, Scalia G, Palmisciano P, Passanisi M, Da Ros V, Pompili G, et al. Acrometastases to the Hand: A Systematic Review. *Medicina (Kaunas)*. 2021;57:950. doi: 10.3390/medicina57090950. PMID: 34577873.
7. Verardino GC, Silva RS, Obadia DL, Gripp AC, Alves M de F. Rare cutaneous metastasis from a probable basaloid carcinoma of the colon mimicking pyogenic granuloma. *An Bras Dermatol*. 2011;86:537-40. English, Portuguese. doi: 10.1590/s0365-05962011000300016. PMID: 21738971.
8. Gamblin TC, Santos RS, Baratz M, Landreneau RJ. Metastatic colon cancer to the hand. *Am Surg*. 2006;72:98-100. PMID: 16494196.
9. Radford JH, Lawrence GS, Jebson P. The hand in metastatic disease and acral manifestations of paraneoplastic syndromes. *Hand Clin*. 2004;20:335-43. English. doi:10.1016/j.hcl.2004.03.010.
10. Ioia JV, Sumner JM, Gallagher T. Presentation of malignancy by metastasis to the carpal navicular bone. *Clin Orthop Relat Res*. 1984;230:3. PMID: 6467720.
11. Hsieh CY, Bai LY, Lo WC, Huang HH, Chiu CF. Esophageal squamous cell carcinoma with a solitary phalangeal metastasis. *South Med J*. 2008;101:1159-60. doi: 10.1097/SMJ.0b013e31817bf9be.
12. Amadio PC, Lombardi RM. Metastatic tumors of the hand. *J Hand Surg Am*. 1987;12:311-6. doi: 10.1016/s0363-5023(87)80299-x. PMID: 3559096.