

OMALGIA EN PACIENTE TRASPLANTADO RENAL

Carlota Almagro Yravedra, Beatriz Fernández Bran.
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología - Hospital Policlínico de Vigo S.A.

Introducción. El 50% de los adenocarcinomas gástricos pueden presentarse inicialmente con metástasis a distancia en estadios tardíos, pero la aparición de éstos sin sintomatología gastrointestinal previa es rara.

Objetivos. Describir los aspectos clínicos y radiológicos de una lesión ósea metastásica secundaria a adenocarcinoma gástrico.

Material y metodología. Varón 59 años que acude al Servicio de Urgencias en múltiples ocasiones por omalgia derecha postraumática. Diagnosticado de tendinitis del manguito de los rotadores, es visto en consultas de Traumatología 8 meses tras el inicio de los síntomas por dolor que no cede con opiáceos y tumoración en hombro derecho.

Antecedentes personales:

- No alergias medicamentosas.
- Ex fumador.
- Trasplante renal por insuficiencia renal crónica.
- Síndrome de Mallory-Weiss.
- Gastritis crónica con metaplasia intestinal.

Tratamiento habitual: Tacrolimus y Micofenolato.

Radiografía AP hombro derecho: Lesiones líticas en escápula y clavícula que han aumentando de tamaño respecto a las previas.

RMN: Lesión lítica con gran masa de partes blandas en escápula y clavícula derechas, sugestiva de metástasis.

TAC Tórax-abdomen-pelvis: Lesión lítica destructiva en escápula y clavícula derechas con adenopatías axilares y supraclaviculares ipsilaterales.

PET-TAC: Hipercaptación duodenal.

PAAF adenopatía láterocervical: Células atípicas sugestivas de malignidad con rasgos inmunohistoquímicos de estirpe epitelial.

Biopsia gástrica: Adenocarcinoma tipo tubular moderadamente diferenciado.

Gammagrafía ósea: Metástasis en clavícula y escápula derechas.



FIG 1: Rx AP hombro derecho

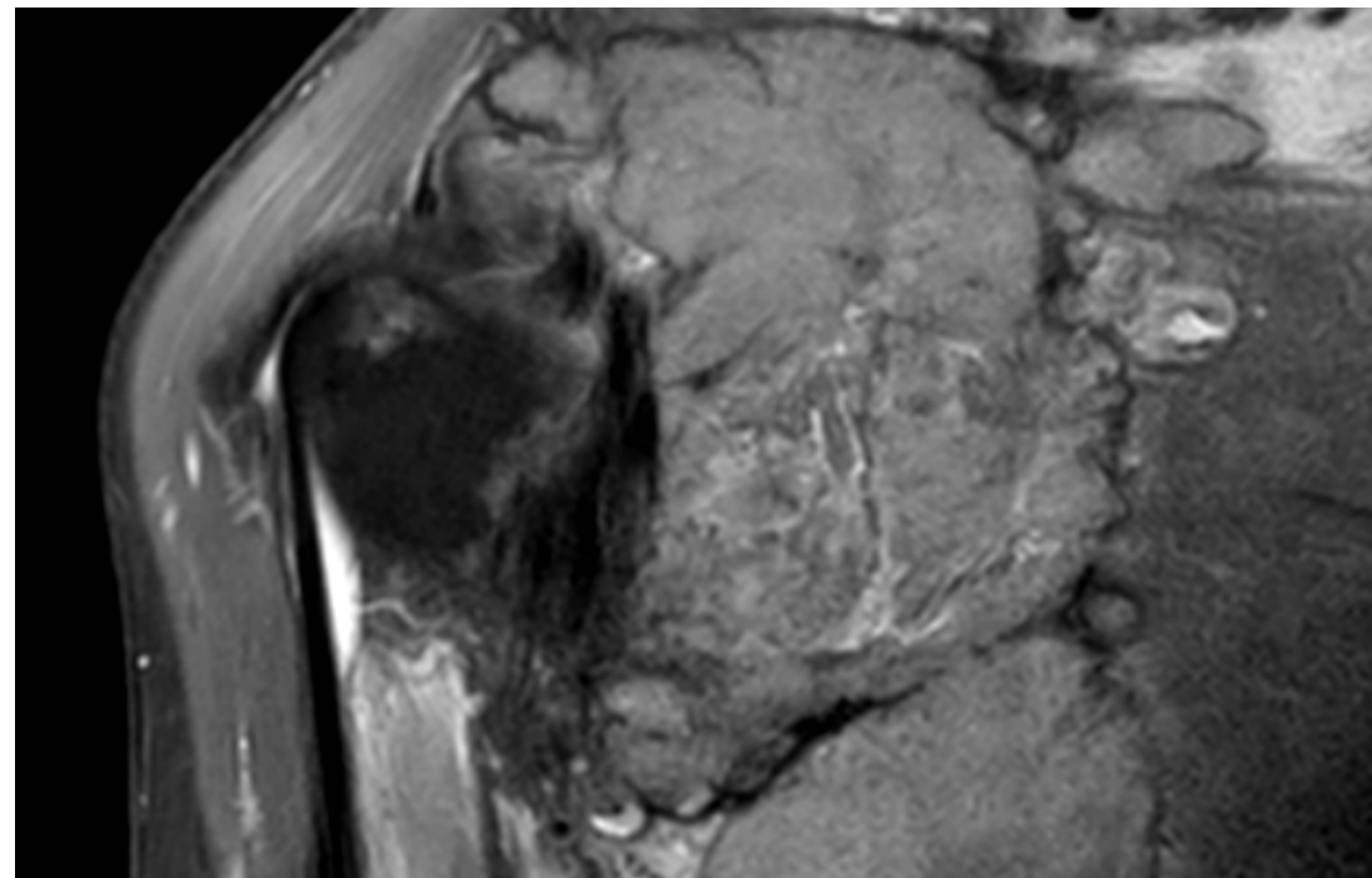


FIG 2: RM hombro derecho (coronal)

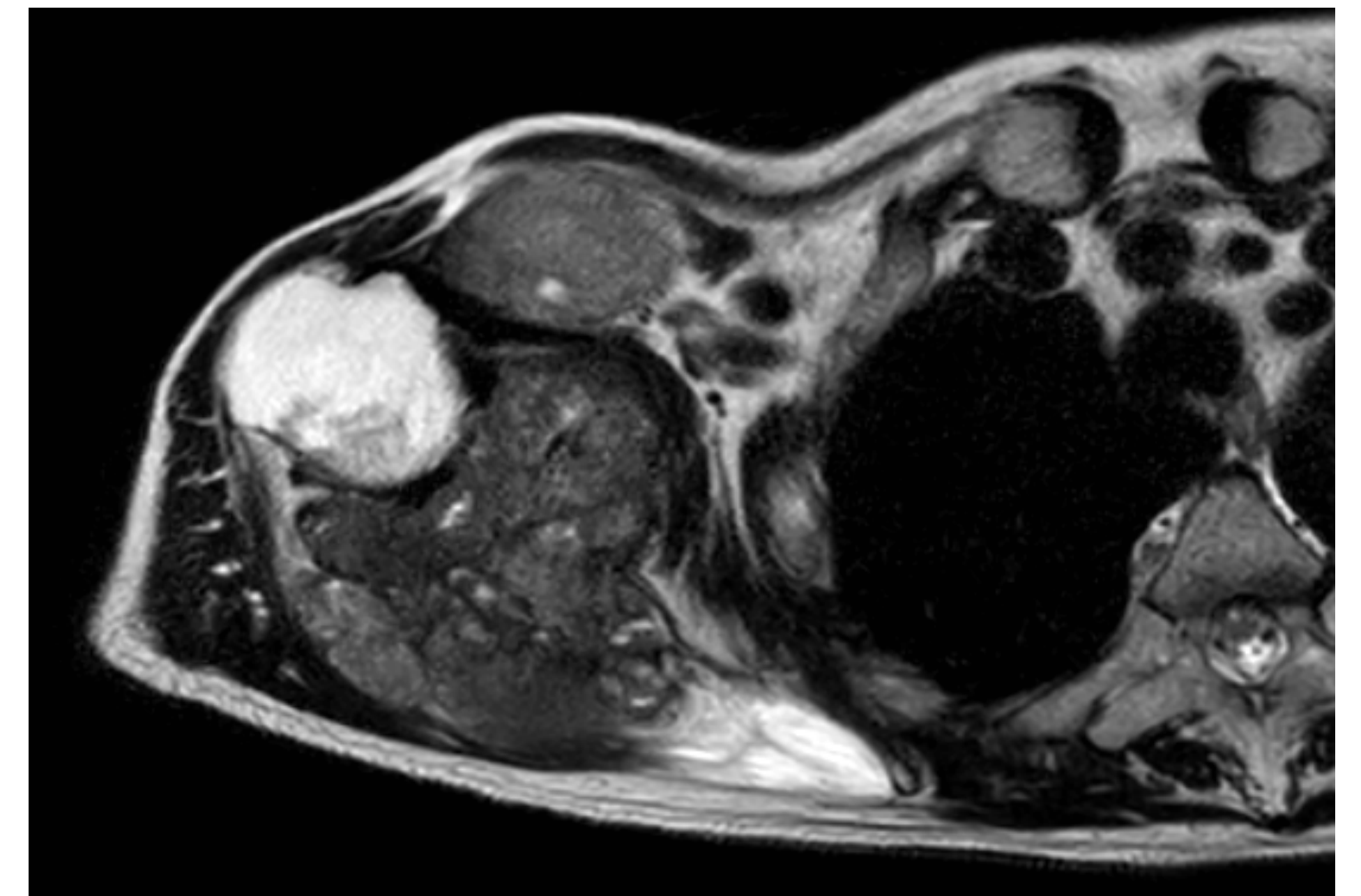


FIG 3: RM hombro derecho (axial)

Resultados. Adenocarcinoma gástrico tipo tubular moderadamente diferenciado estadio IV con metástasis óseas en escápula y clavícula derechas y masa de partes blandas y ganglionares. Oncología inició tratamiento con Paclitaxel y radioterapia antiálgica.

Conclusiones. Los pacientes que han recibido un trasplante tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer debido al empleo de terapia inmunosupresora a largo plazo. Este mayor riesgo se potencia con el paso del tiempo tras la realización del trasplante. En nuestro caso, transcurrieron 3 años hasta la aparición de un adenocarcinoma gástrico, presentando síntomas de las metástasis en hombro sin hacerlo a nivel gastrointestinal.

Referencias:

1. Ameur W, Ghali S, Akkari I, Zaghouani H, Bouajina E, Jazia E. Bone metastasis as the first sign of gastric cancer. Pan African Medical Journal. 2017;28.
2. Kawabata H, Oda I, Suzuki H, Nonaka S, Yoshinaga S, Katai H et al. Bone metastasis from early gastric cancer following non-curative endoscopic submucosal dissection. World Journal of Gastroenterology. 2013;19(30):5016.
3. Jehangir A, Aderhold K, Rajagopalan P, Shogbesan O, Swierczynski S, Qureshi A et al. A Rare Initial Presentation of Gastric Cancer with Multiple Osteolytic Lesions. Case Reports in Oncological Medicine. 2015;2015:1-4.
4. Ahn J, Ha T, Kwon S. Bone Metastasis in Gastric Cancer Patients. Journal of Gastric Cancer. 2011;11(1):38.
5. Turkoz F, Solak M, Kilickap S, Ulas A, Esbah O, Oksuzoglu B et al. Bone Metastasis from Gastric Cancer: The Incidence, Clinicopathological Features, and Influence on Survival. Journal of Gastric Cancer. 2014;14(3):164.

