

Bibliografía

1. Morillo M, Martín F, Vidal F, Jofré JJ, González E, Carrasco S. Teratoma maduro de ovario. Estudio clínico-patológico de 112 casos y revisión de la literatura. Actual obstet ginecol. 2001;XIII:249-53.
2. Sancak R, Dagdemir A, Tasdemir HA, Kucukoduk S, Baysal K. A thoracic Spinal Cord Teratoma Associated with Taussing-Bing Anomaly in a Newborn. Teratology. 2001;63:77-8.
3. Yoldi M, Flórez S, Alegre N. Atresia bronquial de localización excepcional. Arch Bronconeumol. 2001;37:514-5.
4. Kinsella D, Sissons G, Williams MP. The radiological imaging of bronchial atresia. Br J Radiol. 1992;65:681-5.
5. Baguena R, Marin J, Calpe JL, Servera E, Pérez D, Domínguez A. Las hipoplasias pulmonares. Med Esp. 1985;84:17-22.

6. Nussbaum RL, MacInnes RR, Willard HF. Genética en Medicina, 5ª Ed. Masson: Thompson & Thompson; 2009.

Lirios Sacristán Bou *, Concepción Martín Serrano y Santiago Romero Candeira

^a Servicio de Neumología, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lirios_sacristan@yahoo.es (L. Sacristán Bou).

doi:10.1016/j.arbres.2009.11.016

Acrometástasis por cáncer de pulmón. A propósito de un caso

Acrometastasis Due to Lung Cancer. A Case Presentation

Sr. Director:

Las acrometástasis se definen como lesiones secundarias malignas de los huesos que asientan en manos y/o pies¹. Solo entre el 0,007 y 0,3% de los pacientes con metástasis óseas desarrollan acrometástasis. Habitualmente se presentan como eventos preterminales en el contexto de una enfermedad oncológica diseminada¹. Pueden ser importantes por ser la primera manifestación de un cáncer oculto; o semejar otras enfermedades esqueléticas y ser tratadas, por lo tanto, impropiamente.

Varón de 63 años de edad, fumador severo, internado por hemoptisis. Contaba con el antecedente de un carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado en un ganglio linfático supraclavicular metastático de tumor primario desconocido 2 años antes. La tomografía computarizada reveló una masa hilar grande con una lesión nodular periférica en el pulmón derecho. Poco después presentó una tumoración dolorosa en la

falange distal del pulgar izquierdo (fig. 1). Las biopsias endobronquiales y del dedo confirmaron un carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado. El estudio radiológico mostró una lesión osteolítica en la falange distal del pulgar. Se realizó la amputación a nivel de la articulación interfalángica. Al tiempo aparecieron otras metástasis y, 6 meses después, el paciente falleció.

El pulmón está implicado en la mayoría de los pacientes con acrometástasis (es el origen más frecuente de metástasis en mano con 40-47% de casos²), posiblemente debido a su capacidad de propagación a través de la vía sistémica. Hay una asociación entre el cáncer de células escamosas y el desarrollo de acrometástasis³. La mano derecha está mucho más implicada que su homóloga izquierda. Se han descrito metástasis en la falange distal de los pacientes con osteoartropatía pulmonar¹. Este hallazgo podría estar relacionado con el flujo local de sangre. Clínicamente se presentan con dolor local, eritema y edema que imitan una infección aguda o una fractura patológica⁴. A menudo, se confunden inicialmente con procesos benignos, como un panadizo, un traumatismo, artritis reumatoide, osteomielitis o gota. Los hallazgos radiológicos muestran, en casi todos los casos, las



Figura 1. Acrometástasis en dedo pulgar izquierdo.

lesiones líticas sin reacción perióstica, con ausencia de compromiso articular. Estas son señales importantes en el diagnóstico diferencial radiológico con tumores malignos primarios y la osteomielitis^{1,5}. La punción aspiración con aguja o la biopsia ofrecen el enfoque diagnóstico más eficaz.

Las acrometástasis normalmente se producen en una enfermedad muy extendida y sugieren un pronóstico ominoso. Los enfoques terapéuticos en el desarrollo de un esquema paliativo incluyen la quimioterapia sistémica, el legrado, la amputación de las lesiones solitarias que crecen en la falange distal y huesos cortos cuando no hay respuesta a la medicación analgésica y la radioterapia (reservada a las lesiones múltiples). El tratamiento busca ofrecer alivio del dolor y restauración funcional⁶. Debido a las características engañosas antes mencionadas, muchos casos no son diagnosticados inicialmente. La persistencia de los síntomas, la falta de respuesta al tratamiento conservador o un historial previo de cáncer debe ayudar en la sospecha de esta entidad. La falta de reconocimiento temprano conduce a un retraso en el diagnóstico y, como consecuencia, a un tratamiento inadecuado. Por lo tanto, una radiografía simple y un examen histopatológico deberían llevarse a cabo en todos los casos de interpretación dudosa.

Bibliografía

1. Healey JH, Turnbull AD, Miedema B. Acrometastases. A study of twenty-nine patients with osseous involvement of the hands and feet. *J Bone Joint Surg Am.* 1986;68:743-6.

doi:10.1016/j.arbres.2009.11.008

2. 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.
3. Lai CC, Tan CK, Shih JY. Acrometastasis from squamous cell lung cancer. *CMAJ.* 2007;177:249.
4. Kaufmann J, Schulze E, Hein G. Monarthritis of the ankle as manifestation of a calcaneal metastasis of bronchogenic carcinoma. *Scand J Rheumatol.* 2001;30:363-5.
5. Janne PA, Datta MW, Johnson BE. Lung cancer presenting with solitary bone metastases. Case 2: acrometastasis as an initial presentation of non-small-cell lung carcinoma. *J Clin Oncol.* 1999;17:2998-3001.
6. Campa T, Fagnoni E, Ripamonti C. Palliative surgery of acrometastases from lung cancer: a case report. *Support Care Cancer.* 2004;12:202-4.

Norberto Lucilli^a, Adrián Mattacheo^{a,*} y Alberto Palacios^b

^a Sector Cirugía Torácica, División de Cirugía General, Hospital J. M. Ramos Mejía, Universidad de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

^b Dermatología, Departamento de Cirugía y Medicina Interna, Hospital J. M. Ramos Mejía, Universidad de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aemattacheo@hotmail.com (A. Mattacheo).

El deportista con asma y la nueva normativa antidopaje de 2010. Menos trabajo a cambio de una terapia limitada

The Athlete With Asthma and the new 2010 Anti-Doping Regulations. Less Work to Change a Limited Therapy

Sr. Director:

La manifestación clínica de una mayor reactividad bronquial en el deportista es algo que ya no es noticia ni en nuestra especialidad ni siquiera en el mundo del periodismo deportivo. Sin duda durante muchos años el exceso de información sobre este hecho se ha relacionado con otro más escabroso, el mundo del dopaje, aspecto que ha precisado matizarse¹. Desde que en 1972, en los JJOO de Múnich, el nadador Rick Demont fuera desposeído de su medalla por dar positivo a una sustancia considerada dopaje, propia de la medicación que usaba para tratar su asma, hasta el momento actual, el camino ha sido largo. Lo más importante: se permitió que los deportistas con asma usaran medicación para tratar su enfermedad. Al inicio solo era preciso que un facultativo indicara que el deportista la padecía, mas adelante se restringió el uso a ciertas medicaciones, y ya desde hace algo más de una década, el control se hizo más exhaustivo. Se ajustó la normativa al uso de sólo dos modelos de beta agonistas de corta y de larga duración y la solicitud que debía enviarse al organismo evaluador, la autorización de uso terapéutico (AUT), debía contener ciertos requisitos, de los que era condición sine qua non, que se demostrara una labilidad bronquial por la prueba broncodilatadora o una broncoconstricción determinada en función de la prueba realizada, hiperventilación isocápnica, esfuerzo, manitol, metacolina o suero salino hipertónico². Debo añadir que la prueba de metacolina se

consideraba positiva a una PD₂₀FEV₁ < 4 mg/ml a nivel internacional, mientras que a nivel nacional se admitía una dosis < 8 mg/ml en los sujetos que ya se habían tratado con corticoides. En ambos casos criterios aceptables pero algo exigentes para una prueba que mide solo hiperreactividad bronquial en un individuo con historia compatible con asma en el deporte³. Debo añadir que la prueba de metacolina se consideraba a una PD₂₀FEV₁ < 4 mg/ml a nivel internacional, mientras que, a nivel nacional se admitía una dosis < 8 mg/ml en los sujetos que ya se habían tratado con corticoides. En ambos casos criterios aceptables, pero algo exigentes para una prueba que mide solo hiperreactividad bronquial en un individuo con historia compatible con asma en el deporte³ ¡Qué difícil ha sido conseguir ese criterio en algunos deportistas en periodos de bondad! Nos consta que no pocos han dejado de usar la medicación por temor a ser dopaje positivo en momentos en los que su AUT no pudo estar en regla, o incluso estando, con el consiguiente riesgo para su salud y su rendimiento. La AUT debía solicitarse anualmente con la consiguiente molestia para el paciente e inversión de tiempo para el/los facultativo/s responsables del proceso y del seguimiento del deportista. Pero, por fin parece que los hados del buen juicio han dado luz (y tinieblas) a los factótum de los organismos a quien compete este proceso. La normativa de la Agencia Mundial Antidopaje (AMA) que entra en vigor el 1 de enero de 2010, reza respecto a este asunto²: «Todos los beta-2 agonistas están prohibidos excepto el salbutamol (máximo 1.600 mcg en 24 h) y el salmeterol, ambos por inhalación, que requieren una declaración de uso de acuerdo con la International Standard for Therapeutic Use Exemptions. La presencia de salbutamol en orina en valores superiores a 1.000 ng/ml se presume que no es por un uso terapéutico de la sustancia y se considerará como un resultado analítico adverso mientras el deportista no pruebe,