Semergen. 2015;41 (Espec Congr):548

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/1409 - ES DIFÍCIL DIAGNOSTICAR, EN LO QUE NO SE PIENSA

M.Y.C. Santamaría Calvo[a], T. Campillos Páez[b], Ll. Llopart Núñez[c], M. Jiménez Carrillo[d], L. Lafuente Alonso[e], M.F. Castilla Suyo[f], O. Arroyo Jiménez[g], C. Carrera Manchado[g], G. Prieto Arroyo[h] y R. Rodríguez Codesal[g]

[a]Médico de Familia. Centro de Salud Potes. Dirección Asistencial Centro. Madrid. [b]Médico Adjunto. Centro de Salud Potes. Madrid. [c]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Potes. Dirección Asistencial Centro. Madrid. [d]Médico de Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Potes. Hospital 12 de Octubre. Madrid. [e]Médico de Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Potes. Hospital 12 de Octubre. Madrid. [f]Médico Residente de 4to año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Potes. Hospital 12 de octubre. Madrid. [g]Enfermera. Centro de Salud Potes. Dirección Asistencial Centro. Madrid. [h]Enfermera. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 54 años, que trabaja en limpieza, con antecedentes de carcinoma mama izquierda en 2001, en seguimiento por Oncología (06/14). Discartrosis C5-C6 sintomática. Sd. depresivo. Fumadora de 15 paquetes/año. No alergias conocidas. Acude a consulta por dolor persistente en región cervical que se irradia a región escapular y hombro izquierdo de 1 semana de evolución de características mecánicas, sin traumatismo previo. Tras 7 días con analgesia convencional acude de nuevo por aumento de dolor y parestesias en la mano izquierda.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración: física TA: 118/68 FC: 67 T: 36,6 ºC SATO2 basal: 97%. No adenopatías. Postura antiálgica. Exploración cervicodorsal: contractura de trapecio izquierdo. Limitación dolorosa a la abducción y rotación externa. Sensibilidad y reflejos osteotendinosos normales. Pruebas complementarias: Electrocardiograma sin alteraciones. Hemograma y bioquímica (glucosa, urea, creatinina, GOT, GPT, LDH, CK, CK-MB) normal. Radiografía de tórax (17/03/15): Elevación de hilio izquierdo. Tractos desde el hilio hasta el vértice pulmonar izquierdo, con aumento de densidad a dicho nivel. Se deriva a neumología por hallazgo radiológico para ampliar estudio con TAC tórax: masa sólida heterogénea de márgenes especulados en segmentos apicoposterior de LSI y superior del LII sugestiva de neoplasia primaria, con erosión cortical en las dos primeras costillas izquierdas que contactan con la masa pulmonar sugestivo de afectación tumoral.

Juicio clínico: Tumor de Pancoast.

Diagnóstico diferencial: Patología periarticular (tendinitis del manguito/pinzamiento subacromial, tendinitis cálcica, desgarro del manguito, tendinitis bicipital, artropatía acromioclavicular). Patología articular (artritis inflamatoria, artrosis, osteonecrosis, artropatía del manguito, artritis séptica, desgarro del labro glenoideo, capsulitis adhesiva, inestabilidad glenohumeral). Patología referida (radiculopatía cervical, neuritis braquial, neuropatías por atraparniento, distrofia simpática refleja, patología pleural o hepatobiliar, infarto de miocardio, neoplasias: tumores primarios o

metastásicos, Pancoast, mieloma…

Comentario final: El hombro doloroso constituye el cuarto motivo de consulta entre la patología músculo-esquelética en consulta médica de Atención Primaria. Se estima una prevalecía del 16 al 26% y una incidencia de 1,47%. Ante un paciente con dolor de hombro debe hacerse una historia clínica detallada, siendo fundamental la exploración física con una correcta evaluación articular, muscular y nerviosa del miembro superior y un buen diagnóstico diferencial, ya que como en el caso descrito, con un tumor de Pancoast, frecuentemente infradiagnosticado, su conocimiento es fundamental para instaurar el tratamiento adecuado y/o derivar al paciente, para evitar un retraso en el diagnóstico, lo cual puede tener importantes implicaciones en el tratamiento y pronóstico de estos pacientes. El tumor de Pancoast fue descrito originalmente en 1924 y su frecuencia oscila entre el 3-5% de todos los tumores pulmonares es la enfermedad neoplásica más común no metastásica que compromete el plexo braquial, El tratamiento habitual es la radioterapia preoperatoria seguida de cirugía. La supervivencia a los cinco años alcanza el 35%.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alba Romero C, Martín Calle M, Prieto Marcos M. Dolor de hombro en la consulta de atención primaria. FMC. 2014; 21:404-10.

2. Bhathiya Wijeyekoon. Tumor de Pancoast. 2012.

3. Yendry Vargas Solórzano. Tumor del vértice pulmonar superior como causa del síndrome de Pancoast. 2012.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.