Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):7

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/1226 - DOLOR CRÓNICO POSTRAUMATICO REAGUDIZADO, ¿ENVIAR UNIDAD DE DOLOR O REORIENTAR ANTES EL CASO?

O. Chuquipuma Puma[a], P. Bascuñana López[b] y J. Falgueras Ymbert[c]

[a]Médico; [b]Diplomado Universitario en Enfermería. Equipo de Atención a las Residencias 4. Mutuam. Barcelona. [c]Médico. Equipo de Atención a las Residencias 6. Mutuam. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 61 años, institucionalizado desde 2010. Fumador activo. Traumatismo cráneo encefálico en 2007 por accidente de tráfico, con hemorragia intracraneal secundaria izquierda, secuela de trastorno global del lenguaje y hemiparesia derecha ligera. Controles en Neurología hasta 2010, con episodios de cervicobraquialgia derecha, que se orienta de dolor secuelar postraumático. Equipo EAR realiza valoración por dolor crónico cervical que no mejora, desde Residencia solicitan visita Unidad de Dolor.

Exploración y pruebas complementarias: Estado general conservado, no síndrome tóxico. Autónomo. Afasia global que dificulta la anamnesis. No disnea. Dolor con limitación del movimiento, no deformaciones articulares ni aumento de volumen, discreta disminución de fuerza derecha, sensibilidad conservada aparente. Se solicitan radiografías de columna cervical y de hombro derecho a descartar lesiones agudas. Se cambia analgesia, con respuesta favorable parcial. Informe radiológico describe masa en ápex pulmonar derecho con destrucción de extremo proximal del segundo arco costal, apófisis transversa de D1 y parte de los cuerpos vertebrales D1, D2 y D3 (sugerente de tumor de Pancoast).

Juicio clínico: Tumor de Pancoast.

Diagnóstico diferencial: Dolor post traumático. Artropatías. Tumores. Mielopatía cervical cervicoartrósica.

Comentario final: Se deriva UDR Neumología, se tiene confirmación citopatológica tras broncoscopia: carcinoma de células grandes. Ingresa a Oncología tras PET-TC donde se observa masa con infiltración ósea y del canal raquídeo, por riesgo de compresión medular para radioterapia urgente y valorar tratamiento QT concomitante. El síndrome de Pancoast describe la extensión local de un tumor (por lo común pulmonar, no microcítico), que crece en el ápex pulmonar con extensión al plexo braquial, por tanto con dolor en el hombro y característica irradiación, a menudo con destrucción radiológica de la primera y segunda costillas. El dolor crónico cervicobraquial con modificación del mismo requiere una valoración adicional a con pruebas complementarias útiles y accesibles. El dolor crónico en geriatría, tiene una prevalencia estimada de 25-40% en la población general y de hasta un 80% en medios residenciales. Cuando el dolor no mejora o hay cambios en frecuencia y duración, existe la necesidad de reorientar el caso y descartar otras patologías

concomitantes o de novo.

Bibliografía

1. Álaba J, et al. Prevalencia de dolor en pacientes geriátricos institucionalizados. Rev Soc Esp Dolor. 2009;16(6).
2. Foroulis, et al. Superior sulcus (Pancoast) tumors: current evidence on diagnosis and radical treatment. J Thorac Dis. 2013;5(S4):S342-58.

Palabras clave: *Síndrome de Pancoast. Dolor cérvico-braquial. Dolor crónico.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.