



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

269/81 - DOLOR COSTAL DERECHO

J. Parra Jordán^a, S. Pini^b, I. Robles Fernández^c, R. López Sánchez^d, A. Azagra Calero^e y M. Guerra Hernández^f

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. Cantabria. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Santander. Cantabria. ^cAdjunto de SUAP SCS. Santander. Cantabria. ^dMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. ^eMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. Cantabria. ^fMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 50 años que refiere dolor costal derecho de 3 semanas de evolución, características pleuríticas que cedían parcialmente con paracetamol. Asocia pérdida de 10 kg de peso en los últimos 3 meses, fatiga a medianos esfuerzos y astenia. Se derivó a Urgencias para realizar Rx tórax ante clínica y examen físico no destacable.

Exploración y pruebas complementarias: Peso 80 kg, talla 170 cm, índice de Karnofsky (IK) 70. Exploración neurológica a destacar: Fuerza en EEII 5/5. Sensibilidad en EEII normal. Hipertonía en EEII proximal. No alteración de los pares craneales. ROT vivos y simétricos. Resto de examen físico no destacable. Rx tórax: masa de 38 mm para-hiliar derecha. Resto, sin otras masas ni condensaciones. No derrame pleural. No alteraciones de la silueta cardiaca. TAC toraco-abdominal: Conglomerados adenopáticos hiliares bilaterales más llamativos en hilio derecho de claro aspecto patológico. Engrosamientos pleurales de tipo nodular en hemitórax derecho, algunos conformando masas que sugieren como primera opción diagnóstica mesotelioma. Hemiabdomen superior explorado sin hallazgos de significación. PET: gran incremento de metabolismo de la glucosa en varias lesiones pleurales situadas en el pulmón derecho. Los hallazgos gammagráficos son compatibles con la sospecha de mesotelioma. Se realiza biopsia con AP de carcinoma pobremente diferenciado. Valorado en Oncología Médica, comenzó QT dos semanas con carboplatino, paclitaxel, bevacizumab. Luego de la QT comienza con cuadro de 3 días con dificultad en la deambulación con imposibilidad de micción. Se completa estudio con RMN en la cual se objetiva una masa tumoral pleural en hemitórax derecho que infiltra los cuerpos vertebrales D5-D6 y D7 así como espacio pre y paravertebral con extensión al espacio epidural anterior y lateral derecho que condiciona compresión del cordón medular. Masa tumoral paravertebral derecha a nivel de C7-T1 aunque sin extensión al cuerpo vertebral o espacio intrarraquídeo.

Juicio clínico: Carcinoma pobremente diferenciado dudoso estadio IV (probable metástasis ósea en TAC del PET). Compresión medular.

Diagnóstico diferencial: Infiltración tumoral de tejidos blandos. Fractura patológica.

Comentario final: Se avisó a Neurocirugía y dada la imposibilidad de controlar el tumor primario quirúrgicamente se valora al paciente por Radioterapia. Se instaura tratamiento con corticoides a dosis altas e ingresa para tratamiento, que comienza el mismo día, recibiendo 5Gy sobre la masa que comprometía la médula y 3Gy sobre la masa de C7-T1. El paciente presentó posteriormente pérdida de fuerza en ambas piernas, déficit de sensibilidad profunda y pérdida de control de esfínteres. Se continuó con corticoides y continuó con otra sesión de RT, pero la clínica no mejoró. Se decide conjuntamente con el paciente y es trasladado a la Unidad de Cuidados Paliativos. Dentro de las urgencias en atención paliativa se encuentra la compresión medular. Es muy importante informar al paciente y a la familia del pronóstico y posibilidades de tratamiento para consensuar una decisión, ante la sospecha clínica la primera opción será remitir a urgencias para confirmación de estudio radiológico y tratamiento urgente radioterápico. Si $IK < 40$ puede plantearse tratamiento farmacológico domiciliario como primera opción, éste no fue el escenario en nuestro paciente. Si optáramos por tratamiento farmacológico sintomático podemos usar un bolo IV de 16 mg de dexametasona y luego 4-8 mg/6h por 3 días, después reducir 2 mg cada 3 días y/o proseguir con dosis de mantenimiento.

Bibliografía

1. Lutz S, Balboni T, Jones J, et al. Palliative radiation therapy for bone metastases: Update of an ASTRO Evidence-Based Guideline. *Pract Radiat Oncol.* 2017;7:4.
2. Dennis K, Makhani L, Zeng L, et al. Single fraction conventional external beam radiation therapy for bone metastases: a systematic review of randomised controlled trials. *Radiother Oncol.* 2013;106:5.
3. Hartsell WF, Scott CB, Bruner DW, et al. Randomized trial of short- versus long-course radiotherapy for palliation of painful bone metastases. *J Natl Cancer Inst.* 2005;97:798.