



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

160/210 - Dolor osteomuscular recurrente

D. El Atiaoui^a, M.Á. María Tablado^b, S.S. Murga Alvarado^c, C. Magaña Herrera^d y C. Rojo Villaescusa^e

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villablanca. Madrid. ^bMédico de Familia. Consultorio Local Perales de Tajuña. Madrid. ^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José María de los Llanos. Madrid. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ibiza. Madrid. ^eMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de la Media Legua. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 43 años, varón. Exfumador desde hace 4 años (37,5 paquetes/año). Antecedentes personales: hernias discales. Trabaja cargando pesos habitualmente. Acude por dolor costal tras traumatismo indirecto en gimnasio “notó un chasquido”. El dolor es persistente pese tratamiento con paracetamol y dexketoprofeno. Se pautan benzodiacepinas como relajante muscular y baja laboral pero no se realiza prueba de imagen. Tras un mes de dolor continuo consulta en su mutua quien tras realizar ECG y radiografía de tórax le deriva a urgencias. En urgencias el paciente refiere dolor torácico persistente subcostal izquierdo de tipo punzante que cambia con el ciclo respiratorio y con las posturas y fiebre de 3 días de evolución máx.39,6°C. Refiere que su hijo fue diagnosticado de escarlatina hace una semana.

Exploración y pruebas complementarias: TA 130/70 mm, T^a 36,2 °C, SAT O2 91%. Regular estado general. Cabeza y cuello: no adenopatías, Dolor a la palpación en región costal izquierda. Que reproduce en parte el dolor del paciente. AP hipovenitilación generalizada, no ruidos anómalos. AC: rítmica sin soplos. Abdomen blando, no doloroso. ECG: Sin alteraciones. Analítica: Hemograma normal. Bioquímica normal. PCR 12.1. Rx tórax. se aprecia masa extrapulmonar en base izquierda, adenopatías hiliares y paratraqueales. TAC torácico: Masa pleural de 82 mm con implantes pleurales ipsilaterales de menor tamaño y mínimo derrame pleural asociado. La masa de mayor tamaño invade el espacio extrapleural paraespinal izquierda D8-D9 con invasión del tercio posterior del 10º arco costal izquierdo. Adenopatías hiliomediastínicas, retrocrurales y retroperitoneales superiores e hiliar renal izquierdo. Metástasis pulmonares bilaterales. Fractura patológica del tercio medio del 6º arco costal izquierdo. Biopsia: carcinoma epidermoide pobemente diferenciado + proceso inflamatorio granulomatoso necrotizante asociado que obliga a descartar en primer término una etiología tuberculosa. Se tratamiento con 4 antituberculosos que se suspende tras 3 BAAR negativos, quantíferón negativo hemocultivos para tuberculosis negativos PCR para micobacterias en biopsia torácica negativa. El paciente evoluciona con buen estado general y con buen control del dolor. PET-TAC sin contraste: enfermedad neoplásica diseminada con afectación neoplásica en ambos pulmones con masa en el izquierdo, pleural homolateral, mediastino espacios retroperitoneales, retrocrural y óseas múltiples. Se desestima tratamiento quirúrgico y se propone tratamiento con quimioterapia.

Juicio clínico: Carcinoma epidermoide de pulmón estadio T4N2M1. Granulomas necrotizantes con estudio de tuberculosis negativo. Fractura patológica costal. Dolor costal por metástasis. Síndrome febril por infección respiratoria.

Diagnóstico diferencial: El dolor torácico subagudo de características osteomusculares en atención primaria es muy frecuente. Por orden decreciente las causas son rotura fibrilar o muscular, cardiogénica (angina estable, pseudoangina, taquicardia, extrasístoles), gastrointestinales (epigastralgia, colelitiasis, hígado graso, pancreatitis, cólico nefrítico, embarazo ectópico), pulmonares (infecciosas, neoplásicas, asma, neumotórax) y psiquiátricas/psicosomáticas.

Comentario final: Los dolores osteomusculares son motivo de consulta frecuentes en atención primaria, aunque las causas más frecuentes sea postraumáticas o por roturas fibrilares. No debemos descartar causas menos frecuentes como son las infecciosas latentes o neoplásicas, causa que obliga a realizar una prueba de imagen ante mínima duda. El antecedente de tabaquismo y la edad del paciente hacen recordar la controversia de la Rx tórax como screening de cáncer de pulmón en fumadores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Klinkman MS, Stevens D, Gorenflo DW. Episodes of care for chest pain: a preliminary report from MIRNET. Michigan Research Network. *J Fam Pract.* 1994;38:345.
2. Svavarsdóttir AE, Jónasson MR, Gudmundsson GH, Fjeldsted K. Chest pain in family practice. Diagnosis and long-term outcome in a community setting. *Can Fam Physician.* 1996;42:1122.
3. Verdon F, Herzig L, Burnand B, et al. Chest pain in daily practice: occurrence, causes and management. *Swiss Med Wkly* 2008;138:340.
4. Bösner S, Becker A, Haasenritter J, et al. Chest pain in primary care: epidemiology and pre-work-up probabilities. *Eur J Gen Pract.* 2009;15:141.