



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/832 - Hombro doloroso

S. Murgui Betran^a, L. Pallisa Gabriel^a, M.P. Navarrete Durán^a, N. López Batet^a, J. Clos Soldevila^a, P. Gracia Alonso^b, V. Domínguez Panadero^c y L. Gené Huguet^b

^aMédico de Familia. CAP Borrell. Barcelona. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Borrell. Barcelona. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Capse Borrell. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 46 años de edad, fumador de 60 cigarrillos/día, con antecedentes familiares: padre exitus por neoplasia pulmonar, madre exitus por neoplasia de ovario, que consulta en el CAP por dolor en región escapular derecha irradiado a hombro y bíceps, de varios días de evolución, que incrementa con la movilización activa y pasiva, tanto diurno como nocturno. Se prescribe tratamiento analgésico.

Exploración y pruebas complementarias: Acude al CAP un mes después, ante la persistencia del dolor, se solicita radiografía de hombro que es informada como normal, y analítica con discreta elevación de VSG y PCR. Se amplía estudio con gammagrafía ósea que resulta normal. Dos meses después sigue sin mejoría, se remite al servicio de rehabilitación. Precisa nueva visita al servicio de urgencias por mal control del dolor. Tras ello acude de nuevo al CAP, se solicita ecografía de hombro: muy leve tendinopatía del supraespinoso, sin otros hallazgos. No se puede completar estudio de la región escapular mediante ecografía, y se aconseja RM. Acude al servicio de traumatología de su mutua para completar valoración. Intervenido en mutua un año después del inicio de la sintomatología, del manquito de los rotadores mediante artroscopia. Se realiza rehabilitación, persistiendo el mal control del dolor. Gammagrafía postartroscopia: refuerzo de captación del trazador en articulación acromio-clavicular derecha, que atribuimos a cambios post quirúrgicos. Electromiograma postartroscopia: normal. Test de Neer positivo, por lo que se orienta como neuritis supraescapular y se aconseja intervención. Acude al CAP para consultar sobre la radiografía preoperatoria donde se evidencia opacidad en ápex pulmonar derecho, que se atribuye a antecedente de neumotórax con sellado, se solicita TAC, pero el paciente finalmente se realiza RM en mutua. En la RM se evidencia masa pulmonar en ápex derecho, orientado como tumor de Pancoast. El paciente falleció al año del diagnóstico.

Juicio clínico: En un hombro doloroso es importante tener en cuenta en nuestro razonamiento clínico el gran numero de etiologías que incluye, sin olvidarnos de las de menor prevalencia. El síntoma más frecuente en el tumor de Pancoast, es el dolor de hombro y/o del brazo ipsilateral, debido a la afectación del octavo nervio cervical y primero y segundo nervios torácicos. Por tanto es un dolor de características radiculares que puede acompañarse de parestesias, de predominio en cara cubital, región escapular, cuello y tórax.

Diagnóstico diferencial: El hombro doloroso puede tener un origen: periarticular: tendinitis, bursitis...; articular (glenohumeral): artritis, artrosis, osteonecrosis...; loco-regional, con patrón de dolor referido: enfermedad plexo braquial, tumores medulares, IAM, TEP, neumotórax, tumor de Pancoast...

Comentario final: Una vez más se pone en evidencia que la mayoría de los tumores de Pancoast son orientados como patología del aparato locomotor, retrasando así su diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bonaventura I, Mir I, Marcos JA, Bastus R, Rami R, Martínez I, et al. Tumor de Pancoast: dificultades para su diagnóstico. *Rev Clin Esp.* 1993;435-7.
2. Del Campo Matias F, González Pelaez J, Martín Santos JM. Hombro doloroso y Tumor de Pancoast. *Medifam.* 2011;11:346-9.
3. Udaondo Cascante MA, de Teresa Romero G, Casado Vicente V. El hombro doloroso a través del razonamiento clínico. *Medifam* 2003;13(3).