



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/273 - Cervicalgia Refractaria a Analgesia: de la banalidad a la gravedad

S. Rodríguez Navarro^a, Á.T. Ibáñez Concejo^b, M.V. Guiard Abascal^c, M. Viñal González^d, S. Limonche García^d, L. Martínez Rego^a, M. Serrano Sánchez^d, D. Gómez Campos^e, J. Short Apellaniz^f y M.M. Vélez de Mendizábal Zubia^g

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Segovia. Zona Noroeste. Madrid. ^bMédico de Familia. Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Segovia. Madrid. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cerro del Aire. Zona Noroeste. Madrid. ^eMédico Residente de 3º año de Radiodiagnóstico. Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ^fMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Segovia. Madrid. ^gMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de Cruces. Bilbao.

Resumen

Descripción del caso: Antecedentes personales: hipertensión arterial. Artrosis. Síndrome depresivo, Diverticulosis colónica. Reflujo gastroesofágico. Cirugías: artroplastia de rodilla (hace tres meses). Medicación habitual: ácido acetilsalicílico 100 mg, enalapril 20 mg, atorvastatina 20 mg, sertralina 50 mg, omeprazol 20 mg. Motivo de consulta: mujer de 78 años acude a consulta por presentar dolor cervical con irradiación a región costal derecha de tres meses de evolución que ha empeorado pese a tratamiento médico con AINEs y tramadol; en las últimas 24 horas el dolor se ha irradiado a hemitórax izquierdo. Empeora con movimientos de tronco y a la inspiración y espiración profundas sin acompañarse de cortejo vegetativo. No comenta fiebre, sensación distérmica, cambios en la expectoración ni ninguna otra clínica infecciosa concomitante. Por otro lado, refiere disnea de moderados esfuerzos en los últimos dos meses. La paciente ha acudido por este motivo en tres ocasiones anteriores a Urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 170/95 mmHg. FC: 76 lpm. T^a: 36 °C. FR: 15 rpm. SatO₂: 92%. EVA: 7/10. Consciente, orientada, normohidratada, normocoloreada. No adenopatías periféricas. Dolor a la flexo-extensión pasiva y activa del cuello, también a la rotación y lateralización. Auscultación cardiopulmonar: rítmica, sin soplos, murmullo vesicular conservado. Abdomen no doloroso, no irritación peritoneal. Extremidades: sin edemas ni signos de Trombosis venosa profunda. No focalidad neurológica. EKG: rítmico sinusal, 70 lpm. Radiografía cuello: normal. AngioTAC de pulmones: se descarta tromboembolismo pulmonar. RMN cervical: lesiones expansivas con componente de partes blandas en C3 y D2 en relación con infiltración tumoral secundaria. TC toracoabdominopélvico con CIV: asimetría focal de mama derecha. Mamografía y ecografía de mama: nódulo espiculado en mama derecha. Bi-rads 5. Biopsia aguja gruesa: carcinoma ductal infiltrante poco diferenciado, con áreas de necrosis. Receptores de estrógenos y progesterona positivos. Biopsia de lesión vertebral D2: Se confirma origen mamario del tumor. RM cerebro: lesión extraaxial frontal derecha compatible con meningioma. Varias metástasis en calota.

Juicio clínico: Carcinoma de mama estadio IV con metástasis óseas.

Diagnóstico diferencial: Contractura muscular. Cefalea tensional. Mielopatía compresiva. Mieloma múltiple. Síndrome de Horner. Metástasis óseas.

Comentario final: Este caso pone de manifiesto la responsabilidad del médico de Atención Primaria en derivar y estudiar al paciente que ha acudido a la consulta en más de una ocasión por el mismo motivo. La cervicalgia es un síntoma banal en la mayoría de ocasiones aunque puede traslucir patologías infrecuentes pero urgentes como signos de meningismo, un síndrome de Horner por disección carotídea o como en nuestro caso metástasis óseas. La paciente comenzó tratamiento con radioterapia y letrozol, pero al mes ingresó con una neumonía por broncoaspiración, micosis orofaríngea y sepsis por estafilococos coagulasa negativo. Falleció a los pocos días del ingreso.

BIBLIOGRAFÍA

1. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines), Breast Cancer (version 1.2014). http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast.pdf (Accessed on January 28, 2014).
2. FDA approves Ibrance for postmenopausal women with advanced breast cancer. En: <http://www.fda.gov/newsevents/newsroom/pressannouncements/ucm432871.htm>
3. Coleman RE, Smith P, Rubens RD. Clinical course and prognostic factors following bone recurrence from breast cancer. Br J Cancer. 1998;77:336.