



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

242/2147 - VENTAJAS DE CONOCER AL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

E. Gálvez Cañamaque

Médico de Familia. Centro de Salud Goya. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón 60 años, fumador habitual (45 paquetes/año), diagnosticado en 1990 de VIH (tratamiento antirretroviral, buen control). Desde hace 6 meses refiere omalgia drcha. de características mecánicas, sin otros síntomas, sin trauma previo, de intensidad progresiva, por el que ha consultado en urgencias hospitalarias en múltiples ocasiones, sin mejoría. Actualmente en situación de IT (incapacidad temporal).

Exploración y pruebas complementarias: Ha sido valorado por distintas especialidades: Traumatología, Neurocirugía y U. Dolor entre otras. Pruebas complementarias en hombro y columna cervical: Rx ecografía, RMN, EMG... sin hallazgos significativos, siendo etiquetado de tendinitis del supraespinal + radiculopatía C7, y tratado con analgésicos, AINEs, duloxetina, pregabalina, opiáceos (buprenorfina), bloqueos epidurales y rehabilitación sin mejoría. En una de las visitas semanales a la consulta de A. Primaria para renovar IT objetivo una leve ptosis palpebral derecha que había pasado desapercibida incluso al paciente, con ligera miosis, pero reactiva, sin enoftalmos. Derivó a urgencias hospitalarias para estudio. No debieron prestar atención al Informe que portaba, y fue tratado, como en otras ocasiones, con AINE (Im) y derivación a su domicilio. En vista de ello solicitó una Rx tórax urgente apreciándose aumento densidad en vértice derecho no objetivable en Rx previas... Derivo al hospital de nuevo y ya queda ingresado apreciándose en TAC: masa de 7×5 cm, extendida a pared torácica (destrucción arcos posts. 2^a y 3^a costillas), compatible con ca pulmón (Pancoast), lo que se confirma con la biopsia: adenoca pulmonar primario (CT4N0Mx0). Fue tratado con quimio + radioterapia paliativas. En este tiempo ha desarrollado metástasis óseas y suprarrenal derecha y está recibiendo tratamiento inmunosupresor paliativo encontrándose asintomático respecto al dolor en la actualidad.

Juicio clínico: Ca pulmón (Pancoast).

Diagnóstico diferencial: Con otras entidades que pueden localizarse en ápex pulmonar y producir síndrome de Pancoast: neoplasias (primarias, metastásicas); infecciones: bacterianas, hongos, tuberculosis, parásitos; otros: amiloidosis, proceso osteomuscular crónico.

Comentario final: A nivel mundial el tumor de pulmón sigue siendo la neoplasia maligna más frecuente, considerándose primera causa de muerte por cáncer en el varón y tercera en la mujer (después del ca colon y mama). En su etiología está implicado el tabaco en un 90%. Se debe sospechar su presencia en todo paciente fumador... En una época donde disponemos de tecnología avanzada diagnóstica sigue siendo imprescindible una buena anamnesis y una exploración clínica basada en la observación directa del paciente, algo que tenemos oportunidad de hacer en Primaria.

Bibliografía

1. Rev Clin Med Fam. 2013;6(1).

Palabras clave: Pancoast. Omalgia.