



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

## 242/3998 - ESTE DOLOR DE ESPALDA NO SE VA

A. Sánchez Martínez<sup>a</sup>, A. Balsalobre Matencio<sup>a</sup>, C. Pérez Llanes<sup>c</sup>, I. Escudero Muñoz<sup>b</sup>, F. Aceituno Villalba<sup>d</sup> y C. Bolarín Angosto<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud San Javier. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco-Este. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia.

<sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud San Pedro. Murcia. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Torre Pacheco-Este. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 52 años con antecedentes fumador 30 paquetes/año. Acude a consulta por referir dolor lumbar que no ha mejorado con analgesia incluido corticoides. Acompañado de disminución de ritmo intestinal precisando laxantes. Pérdida peso 4 kg mantiene apetito. Refiere dolor abdominal epigástrico muy intenso. Derivada a urgencias para pruebas complementarias.

**Exploración y pruebas complementarias:** CyO, BEG. TA 143/99. FC 68 lpm. T<sup>a</sup> 36 °C. Auscultación cardíaca normal, pulmonar hipofonesis hasta campo medio izquierdo. Abdomen: presencia de hepatomegalia. Extremidades normales. Analítica: aumento LDH patrón de colestasis. ECG normal. Radiografía tórax hilio izquierdo engrosado. Ecografía abdominal: LOES hepáticas. TAC tórax: masa (7,6 × 7,3 cm) compromete hilio izquierdo invade mediastino. Envuelve estructuras broncovasculares principales. Disminución calibre rama izquierda de arteria pulmonar oblitera e invade el bronquio lobar superior izquierdo. Masa hilar estrecha relación con aorta descendente. Adenopatías mediastínicas niveles 1L, 2L, 5, 8, y paracardíaco. Lesión lítica expansiva en 11<sup>a</sup> costilla izquierda con componente de partes blandas. TAC abdomen-pelvis: hepatomegalia con nódulos de distribución universal, hipodensos en relación al resto del parénquima. Aglomerado adenopatías retroperitoneales parte conglomerado envuelve tronco celíaco y arteria hepática. Masa heterogénea en cola del páncreas 4,6 × 3,7 con centro hipodenso bordes festoneados. Lesión lítica en vértebra lumbar afecta todo el cuerpo. Broncoscopia: árbol bronquial izquierdo en división BPI colapso LII con segmentarios de LSI lumen disminuido concéntricamente signos neovascularización en mucosa bronquial engrosada, toman 5 muestras. Árbol bronquial derecho normal. Biopsia: tejido prebronquial revestidos epitelio cilíndrico ciliado muestra estroma infiltrado por células de escaso citoplasma, núcleos en “sal y pimienta”, moldeamiento nuclear, intenso artefacto por estiramiento cromatínico. Inmunohistoquímica: CD45 +, CD56 +. Hallazgos morfológicos e inmunofenotípicos consistentes con carcinoma de células pequeñas de pulmón.

**Juicio clínico:** Carcinoma de células pequeñas de pulmón con enfermedad metastásica con compromiso multiorgánico.

**Diagnóstico diferencial:** Tumor de células pequeñas redondas y azules desmoplásico. Tumor de células germinales.

**Comentario final:** Paciente derivado a ESAD. Importancia del médico de familia observar los signos de alarma para ampliar estudio y posteriormente acompañamiento paliativo. El carcinoma de células pequeñas de pulmón es el subtipo más agresivo. Más 95% de pacientes fallece. Incidencia aproximada 14% nuevos

casos diagnosticados de cáncer de pulmón. Relacionada 95% casos con consumo de tabaco.

## Bibliografía

1. Barnard W. The nature of the "oat-celled sarcoma" of the mediastinum. *J Pathol.* 1926;29:241-4.
2. Jackman MD, Jonson BE. Small-cell lung cancer. *Lancet.* 2005;366:1385-96.

**Palabras clave:** Carcinoma. Pulmón. Metástasis.