



242/4541 - CERVICOBRAQUIALGIA DERECHA REBELDE A ANALGESIA

M. Muriedas Fernández-palacios^a, N. Pirla Santiburcio^a, J. López Suárez^a y D. Toledo García^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Olivar de Quintos. Sevilla. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Pablo. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 71 años con antecedentes personales: alergia sufamidas. Fumador desde los 20 años de 20 cig/día. Historia acumulada 49 paq-año. No otros hábitos tóxicos. FRCV: HTA, DM tipo 2. No dislipemia. Tratamiento: enalapril 10 mg/24h, omeprazol 20 mg/24h, simvastatina 10 mg/24h, vildagliptina 50 mg/metformina 1 g/12h. Toujeo 300 0-24 UI-0, AAS 100 mg. Acude a urgencias por cervicobraquialgia en brazo derecho, que días más tarde se extiende a zona postero superior de hemitórax derecho, resistente a analgesia habitual (metamizol, paracetamol, tramadol, naproxeno) de un mes de evolución, acompañado de astenia y anorexia desde que el dolor se intensificó en última semana. No fiebre, ni otra sintomatología. Niega traumatismo previo y movimientos repetitivos.

Exploración y pruebas complementarias: Aceptable estado general, afectado por dolor. Consciente, orientado, colaborador. Bien hidratado, perfundido. Afebril. Normocoloreado. Eupneico en reposo SatO₂ 99%. Hemodinámicamente estable TA 136/109 mmHg, FC 80 lpm. Pupilas isocóricas, normorreactivas, no síndrome de vena cava superior. Auscultación respiratoria: roncus inspiratorios aislados zona anterior y posterior de mitad superior del hemitórax derecho. Contractura musculatura cervical y trapecio derecho. Elevación del brazo derecho limitada hasta 90° por dolor. Acropaquias. Rx tórax PA y L: masa polilobulada mayor de 5 cm en lóbulo superior derecho, posibles adenopatías paratraqueales superiores derechas e hiliares izquierdas. El paciente es derivado de forma preferente a consultas de Neumología, le vieron en dos días, y le solicitan pruebas para filiar la masa y estadificación. TAC cráneo-cuello-tórax-abdomen: conclusión de neoplasia de lóbulo superior derecho con estadificación T3 N2 M1b con metástasis en cuerpos vertebrales C5, C6 y C7 (fractura aplastamiento severo de C6 secundario a lesión metastásica). Fibrobroncoscopia y estudio anatomopatológico: Adenocarcinoma bien diferenciado.

Juicio clínico: Adenocarcinoma de pulmón bien diferenciado a nivel del lóbulo superior derecho con estadificación T3 N2 M1b con metástasis en cuerpos vertebrales C5, C6 y C7.

Diagnóstico diferencial: Fractura patológica, fractura no patológica, tendinopatía manguito de los rotadores.

Comentario final: Un dolor de semanas de evolución con difícil control del dolor nos tiene que poner en alerta para estudiarlo más a fondo. En urgencias no solemos diagnosticar pero tenemos la oportunidad de derivar al paciente al lugar oportuno para un diagnóstico precoz, tan importante en

este tipo de patología.

Bibliografía

1. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer Statistics. Cancer J Clin. 2017;67(1):7.

Palabras clave: Dolor. Adenocarcinoma de pulmón. Brazo derecho.