



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

242/2368 - DETRÁS DE UNA SIMPLE COXALGIA

A. Ramírez Fernández^a, B. Gacimartín Valle^b, F. Muñoz González^c, G. Bermúdez Ferrer^d, A. Rubio Bernardo^e y M. Burgos Merchán^f

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pozuelo San Juan de la Cruz. Madrid. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Segovia. Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Segovia. Madrid. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lavapiés. Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palacio de Segovia. Madrid. ^fMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Segovia. Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 53 años sin antecedentes de interés acude a Urgencias por coxalgia derecha de 2 meses de evolución sin traumatismo previo ni sobreesfuerzo, que se ha agravado en los últimos días hasta necesitar apoyo de muletas para la deambulación. Refiere también omalgia izquierda que asocia al uso de las muletas. Niega otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general, caquexia. Cadera derecha: no acortación, no rotación. Dolor a la palpación en región inguinal. Neurovascular distal normal. Hombro izquierdo: dolor en tercio medio de húmero con movilidad sobre foco doloroso. Neurovascular distal normal. Rx cadera derecha: fractura subcapital de cadera derecha de posible origen patológico con múltiples lesiones pélvicas asociadas. Rx húmero izquierdo: fractura transversa tercio medio. Al realizar ECG para posible preoperatorio se observa impactante lesión en mama izquierda de aproximadamente 10 cm de diámetro, de aspecto necrótico, con importante pérdida de sustancia y deformidad mamaria. La paciente refiere llevar más de un año con la lesión. Analítica y ECG: sin alteraciones significativas. Se decide ingreso para estudio. TAC toracoabdominopélvico: extensa tumoración mamaria izquierda con adenopatías axiales bilaterales y en cadenas mamarias. Extensa afectación metastásica ósea con afectación de prácticamente la totalidad de estructuras óseas (afectación del canal medular en cuerpo vertebral L1). Metástasis pulmonares y hepáticas. Derrame pleural bilateral. TAC craneal: metástasis óseas en base de cráneo. BAAG mama izquierda: carcinoma ductal infiltrante de mama moderadamente diferenciado.

Juicio clínico: Cáncer de mama ductal infiltrante moderadamente diferenciado (RH+). Metástasis óseas en columna, cabeza de fémur, calota. Metástasis pulmonares y hepáticas. Fractura patológica de fémur derecho e izquierdo.

Diagnóstico diferencial: Metástasis óseas de tumor cerebral. Fracturas patológicas en relación a osteoporosis.

Comentario final: El cáncer de mama ductal infiltrante es el tipo más común de cáncer de mama (80%). El pronóstico está en íntima relación con el momento del diagnóstico; en estadios avanzados no tiene cura y la intención del tratamiento es paliativa. Es una labor fundamental del médico recalcar la importancia de la prevención en el cáncer de mama y concienciar a los pacientes.

Bibliografía

1. Añón M, Atienza L. Metástasis de Carcinoma Ductal de Mama sobre Carcinoma Folicular Tiroides. REP. 2005;38(4).

Palabras clave: Cáncer. Fractura. Metástasis.