



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/3271 - DOLOR OSTEOMUSCULAR PECULIAR

P. Valiente Maresca<sup>a</sup>, M. Lucena González<sup>b</sup>, K. Quintana Reyes<sup>c</sup>, I. Nieto Rojas<sup>d</sup>, S. Moreno Ramírez<sup>e</sup> y M. Ruiz Yagüe<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Illescas. Toledo. <sup>b</sup>Médico Residente de Radiología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ugena. Toledo. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sillería. Toledo. <sup>e</sup>Médico Residente de Hematología. Hospital Virgen de la Salud. Toledo. <sup>f</sup>Radióloga. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 67 años con antecedentes de artritis reumatoide en seguimiento que acude por dolor cervical y en hombro izquierdo irradiado a hemitórax y miembro superior izquierdos desde hace 3 meses, que en los últimos 20 días asocia disnea, tos con expectoración verdosa y malestar general. No fiebre ni síndrome constitucional. Acudió hace 2 meses y se le diagnosticó de cervicalgia no traumática tratada con analgésicos, sin mejoría.

**Exploración y pruebas complementarias:** Ptosis palpebral y miosis izquierda. Aumento de partes blandas en región supraclavicular izquierda. Dolor a espinopresión C7-D1 y a la palpación de musculatura paravertebral izquierda. Parestesias en miembro superior izquierdo. Fuerza conservada. Auscultación pulmonar: roncus dispersos. Analítica: PCR 37. Dímero D 1.375. pO<sub>2</sub> 60 mmHg, HCO<sub>3</sub>. Resto normal. Radiografía tórax: masa pulmonar en LSI. Ante los datos radiográficos y clínicos, se decide ingresar al paciente en Oncología con la sospecha de neoplasia de origen pulmonar. Se realiza TAC y PAAF, con resultado de carcinoma epidermoide abscesificado.

**Juicio clínico:** Carcinoma epidermoide de pulmón.

**Diagnóstico diferencial:** Primera neurona. Lesiones vasculares de tronco del encéfalo. Tumores. Enfermedades desmielinizantes. Mielopatías. Segunda neurona: tumores (Pancoast). Lesiones plexo braquial inferior. Traumatismos iatrogenos. Tercera neurona: Disecciones carotídeas. Trombosis carótida. Cefalea racimos. Lesiones seno cavernoso. Síndrome paratrigemiano de Raeder.

**Comentario final:** El síndrome de Horner se produce por interrupción de las fibras simpáticas que van a la órbita, arteriolas cutáneas y glándulas sudoríparas, produciendo miosis y disminución de hendidura palpebral. La lesión puede ser central, o periférica. Lo más interesante a mi juicio de este caso, es que el paciente acudió previamente por esta sintomatología, y en una radiografía cervical se veía ya la masa. Es cierto que es complicado ver algunas lesiones por radiología simple, especialmente cuando el hallazgo es distinto al esperado, pero siempre debemos pensar que los carcinomas pulmonares pueden debutar con dolor referido en otros territorios y que hay que estar muy atentos y hacer una lectura sistemática de las placas para no perdernos ningún detalle.

### Bibliografía

1. Kedar S, Biousse V, Newman NJ. Hornes syndrome. Uptodate, 2015.
2. Engstrom JW, Deyo RA. Dolor de espalda y cuello. En: Longo DL, Fauci AS, Hauser SL, Jameson JL, Kasper DL, et al, eds. Harrison. Principios de Medicina Interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill, 2012. p. 129-42.

**Palabras clave:** Síndrome de Horner. Dolor de cuello. Carcinoma broncogénico.