

347/1287 - SIN DARME NI UN GOLPE

C. García Iglesias^a, N. Martín Salvador^b, C. Martínez Badillo^c y C. Laserna del Gallego^d

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla I. Valladolid. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla II. Valladolid. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Circunvalación. Valladolid. ^dMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Rondilla I. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 64 años, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes de artritis seronegativa y exfumadora. Tratamiento actual: dexketoprofeno y metamizol. Consulta por sensación de latigazo y dolor agudo espontáneo desde esta mañana en brazo derecho. Niega traumatismo previo ni sobrecarga muscular. Desde los últimos 2-3 meses nota bultoma en brazo derecho donde ha comenzado el dolor hoy. Afebril.

Exploración y pruebas complementarias: Hemodinámicamente estable. Consciente, orientada, colaboradora y eupneica. Buen estado general. ACP y abdomen sin hallazgos. En brazo derecho se observa tumefacción en región distal humeral, sin hematoma ni signos de infección local, con dolor a la palpación, sobre todo en la región externa. Presenta impotencia funcional de la extremidad por intenso dolor. Neurovascular distal conservado. Radiografía de húmero derecho: 1/3 distal del húmero con cortical adelgazada e imágenes osteolíticas, compatibles con tumoración ósea, y línea de fractura irregular, compatible con fractura patológica. Radiografía de tórax: imagen sugestiva de masa en LSI. Analítica: hemograma, bioquímica y coagulación sin hallazgos significativos, salvo LDH 607 y vitamina B12 1288.

Orientación diagnóstica: Fractura patológica humeral.

Diagnóstico diferencial: Condrosarcoma, metástasis, mieloma, linfoma óseo, fibrosarcoma.

Comentario final: Se inmoviliza fractura humeral con yeso y se decide ingreso hospitalario para tratamiento quirúrgico y completar estudio. Se realiza RMN donde se objetiva tumoración diafisaria distal humeral de 60 × 20 × 26 mm que invade partes blandas. En TAC toracoabdominopélvico se aprecia masa pulmonar suprahiliar en LSI de contornos polilobulados y tractos espiculados, adenopatías mediastínicas y lesión lítica en noveno arco costal derecho sugerente de metástasis. Se realiza biopsia de la masa pulmonar por broncoscopia llegando al diagnóstico de adenocarcinoma pulmonar. El tejido óseo es una de las localizaciones más comunes de metástasis, de manera que el 80% de todas las metástasis esqueléticas tienen su origen en cáncer de mama, próstata, pulmón, tiroides y riñón, entre los tumores sólidos. Ante una lesión ósea de estas características resulta fundamental realizar un estudio de extensión en busca de un tumor primario, sin olvidar la posibilidad de estar ante un tumor óseo primario, y el riesgo incrementado de fracturas patológicas.

Bibliografía

1. Yu MH, et al. Epidemiology, clinical presentation, and diagnosis of adult patients with bone metastasis. UpToDate, 2018.

Palabras clave: Fractura patológica. Adenocarcinoma pulmonar. Metástasis.