



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 424/1781 - DOCTORA, ESTOY MUY CANSADO CON ESTE ESTRÉS. LA IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN

M. Amaya Guerrero<sup>1</sup>, S. Pérez Sánchez<sup>1</sup> y C. Calzado Rodríguez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda Norte. Málaga. <sup>2</sup>Médico de Familia. Consultorio de Arriate. Centro de Salud Ronda Norte. Málaga.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 42 años sin patología ni tratamiento habitual. Consulta por primera vez en años por astenia que atribuye a estrés laboral. Asocia disnea de esfuerzo y rubicundez facial. No síndrome constitucional ni fiebre.

**Exploración y pruebas complementarias:** Primera exploración destaca: rubicundez facial, hipoventilación en base derecha, adenopatías supraclaviculares, esplenomegalia y edemas en MMII. TA: 121/76 mmHg. FC: 83 lpm. Talla: 171 cm. Peso: 75 kg. Se solicita analítica y ECG (normales) y Rx de tórax (patrón en suelta de globos). Se contacta directamente con Servicio de Neumología que indica ingreso para estudio, donde se realiza: TC tórax/abdomen/pelvis: Múltiples masas pulmonares sugerentes de metástasis. Adenopatías hiliares y mediastínicas. Masa hilar que comprime bronquio intermediario derecho. Hígado con incontables nódulos hipodensos compatibles con metástasis. Gran masa subfrénica izquierda (11 cm) que contacta con polo superior renal. Esplenomegalia 22 × 10 cm con imágenes hipodensas inespecíficas. Biopsia masa bronquial: Mucosa bronquial intensamente infiltrada por metástasis de carcinoma adrenocortical variante mixoide. Síndrome de Cushing secundario a tumor productor de cortisol. Estudio genético BRAF codón 600: negativo.

**Orientación diagnóstica:** Inicialmente, la anamnesis y exploración sugerían origen neoplásico del cuadro.

**Diagnóstico diferencial:** Tras primera exploración, tumor de Pancoast (edema en esclavina) o linfoma (esplenomegalia). Tras patrón en suelta de globos pulmonar y biopsia, el estudio anatomopatológico señala origen suprarrenal.

**Comentario final:** El paciente comenzó con tratamiento quimioterápico (que abandonó por mala tolerancia clínica y progresión de la enfermedad) y endocrino. Actualmente (6 meses tras diagnóstico) se encuentra en situación de últimos días en seguimiento y cuidado paliativo por su Médico de Atención Primaria. Destacar la importancia del médico de Atención Primaria en el diagnóstico, seguimiento y atención al paciente y la familia, sobre todo en situación paliativa. Comunicación directa Atención Primaria-Hospital como base del diagnóstico precoz. Importancia de anamnesis y exploración exhaustiva en todo paciente, por muy banal o frecuente que sea el motivo de consulta.

### Bibliografía

1. Cabezón-Gutiérrez L, Khosravi-Shahi P, Custodio-Cabello S, et al. Palliative chemotherapy in metastatic adrenal carcinoma beyond the first line: a case report and literature review. *Medwave*. 2017;17(6):e7007-e7007.
2. Megerle F, Kroiss M, Hahner S, Fassnacht M. Advanced Adrenocortical Carcinoma - What to do when First-Line Therapy Fails? *Experimental And Clinical Endocrinology & Diabetes*. 2018;127(02/03):109-16.

**Palabras clave:** Carcinoma suprarrenal. Esplenomegalia. Astenia.