

424/2217 - UN DOLOR COSTAL CON PELOS Y SEÑALES

R. Enríquez de Salamanca Gambara¹, E. Castro Portillo², M. Pérez Suárez³ y V. Muñoz Martín²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias I. Valladolid. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias II. Valladolid. ³Médico de Familia. Centro de Salud Delicias I. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 38 años acude al centro de salud por presentar de forma súbita dolor costal derecho, tipo pinchazo, irradiado a región dorsal e ipsilateral. Este aumenta con la tos y con la inspiración profunda, mejorando con AINES. No tos, expectoración, ni disnea, ni pérdida de apetito. Ligera sudoración nocturna, sin fiebre termometrada. Menstruaciones abundantes y dolorosas. Ligero aumento de vello facial y acné en la espalda.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente consciente, orientada, colaboradora, buen estado general, TA, FC y SatO2 en rangos normales. ACP y exploración de abdomen sin hallazgos relevantes. EEII: no edemas ni signos de TVP. Cara con ligero hirsutismo y acné grave en espalda. No adenopatías. Se solicita una Rx tórax donde encontramos múltiples nódulos pulmonares, de predominio en campos inferiores, el de mayor tamaño en base izquierda. Se remite al hospital. Analítica: hemograma, iones, coagulación y sistemático de orina normales, marcadores de autoinmunidad y proteinograma sin alteraciones, marcadores tumorales y serologías negativas. Perfil hormonal competo normal, salvo por testosterona, 161,3 mg/dl, y delta 4-androstendiona 7,9 mg/dl. Cromogramina, glucagón, VIP y gastrina normales. Orina de 24 horas ác. 5-hidroxindolacético, noradrenalina, adrenalina y dopamina normales. TAC con múltiples nódulos intrapulmonares con distribución bilateral difusa de predominio en los campos pulmonares inferiores (en base izquierda el de mayor tamaño, 3 cm), homogéneos, sin calcio ni imágenes que sugieran cavitación y sin adenopatías mediastínicas. Anatomía patológica tras PAG: tumor carcinoide bronquial.

Orientación diagnóstica: Tumor endocrino con metástasis en suelta de globos con posterior diagnóstico de tumor carcinoide bronquial.

Diagnóstico diferencial: Tumor carcinoide, metástasis en suelta de globos, leiomomatosis, esplenosis, histiocitosis, sarcoidosis, esclerosis tuberosa, angiomiolipomas y hemangioendoteloma.

Comentario final: Tras el diagnóstico definitivo de tumor carcinoide bronquial, se clasifica en estadio IV por metástasis a suprarrenales. Actualmente en un ensayo clínico con anticuerpos monoclonales en seguimiento desde nuestra consulta desde hace dos años con buena evolución. Escuchar y valorar adecuadamente los síntomas inespecíficos de nuestros pacientes es una tarea difícil, pero es lo que nos hace excelentes médicos de familia y comunitaria.

Bibliografía

1. Jensen RT. Tumores endocrinos. Kasper DL. Harrison-Manual de Medicina Interna, 18^a ed. México: McGraw-Hill, 2016.

Palabras clave: Costal. Hirsutismo. Carcinoide.