

424/629 - LO QUE UN DOLOR DE HOMBRO PUEDE OCULTAR

P. Panero Argiuello¹, C. Hernández González², H. Helena Fernández González³ y M. Ruiz Perona³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen Concha. Zamora. ²Neumonólogo. Centro de Salud. Puerta Nueva. Zamora. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Nueva. Zamora.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 40 años fumador activo de 1 paq/año sin factores de riesgo cardiovascular, hernia discal C6-C7 acude de nuevo al centro de salud por dolor en hombro derecho de características mecánicas que ha cambiado en los últimos 6 meses con mal control del dolor a pesar de analgesia pautada, acompañado de dolor en hemitórax derecho, disnea de mínimos esfuerzos en las últimas 24 horas, sudoración profusa nocturna, astenia e hiporexia. Remitido a urgencias e ingresado en Neumología. Durante el ingreso comienza con Horner derecho. Dada la clínica y hallazgos se enfoca al paciente para descartar síndrome linfoproliferativo que se descarta tras hallazgos de células malignas en líquido pleural para adenocarcinoma pulmonar, presentado en comité oncológico se decide valoración por Oncología Médica y Radioterápica para tratamiento. Un mes más tarde ingresa por aumento de disnea por un derrame pleural derecho metastásico. Acude de nuevo a urgencias dos días después por disnea importante, intolerancia al decúbito y edematización persistente en MMII, ingresa en el Servicio de Cardiología por derrame pericárdico metastásico, además de Tromboembolismo pulmonar agudo izquierdo segmentario, posible trombosis de vena cava inferior e insuficiencia respiratoria aguda. Oncología Médica, pauta el primer ciclo con QT. Oncología RT suspendió el tratamiento por falta de efectividad. Se programa para colocar drenaje torácico tunelizado. Dada la evolución del paciente se suspende el tratamiento con quimioterapia y es valorado por la unidad de cuidados paliativos.

Exploración y pruebas complementarias: Se realiza análisis de sangre que muestra valores de dímero D elevados (1,087 mg/dl). AngioTAC de arterias pulmonares que descarta TEP. TAC cérvico-torácico-abdominal que objetiva derrame pleural derecho; múltiples ganglios supraclaviculares, mediastinicos, cadena espinal e inguinales. Ecografía pleural con imágenes de engrosamiento de pleura diafragmática con imágenes nodulares hiperecogénicas. Broncoscopia con signos de compresión extrínseca a nivel de entrada de lóbulo medio, con paso de broncoscopio. Líquido pleural: pH 7,42, LDH 232, prot totales 4,0, glucosa 113, ADA 24, 1.470 leucocitos (86%L). Positiva para malignidad, adenocarcinoma pulmonar. BAS cultivo-citología: influenza multisensible. Biopsia ganglio cervical: infiltración de adenocarcinoma pulmonar.

Orientación diagnóstica: Adenocarcinoma pulmonar estadio IVA (T3, N3, M1a).

Diagnóstico diferencial: Radiculopatía C6-C7. Síndrome linfoproliferativo. Tuberculosis.

Comentario final: Un síntoma que persiste en el tiempo a pesar de diferentes tratamientos puede suponer el inicio de una enfermedad grave, por lo tanto debemos de hacer un seguimiento evolutivo de los pacientes.

Palabras clave: Adenocarcinoma pulmonar. Metástasis.