



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

482/1190 - QUERATODERMIA PLANTAR BILATERAL DE PROBABLE ORIGEN PARANEOPLÁSICO

A. García Ros¹, A. Ruiz Nicolás¹, R. Requena Ferrer² y M. Carrión Martínez²

¹Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casco Antiguo. Cartagena. Murcia. ²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casco Antiguo. Cartagena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 77 años que consulta porque desde hace 1 mes presenta lesiones hiperqueratósicas en las plantas de ambos pies. Tras reinterrogarlo confiesa haber perdido entre 7-10 kg durante los últimos 3 meses. No presenta alergias conocidas. Antecedentes médicos: DM II bien controlada, ex fumador desde hace 4 años (90 paquetes/año). Tratamiento crónico: metformina 850 mg 1-0-1.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, consciente y orientado, afebril, eupneico en reposo, normocoloreado, normohidratado, normocoloreada. Auscultación cardiopulmonar: rítmica, sin soplos ni extratonos, murmullo vesicular globalmente disminuido, sin ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación, peristaltismo conservado, no se palpan masas ni visceromegalias. Exploración en cadenas ganglionares: no se palpan adenopatías laterocervicales ni supraclaviculares. Miembros inferiores: sin edemas ni signos de TVP, lesiones hiperqueratósicas con engrosamiento plantar bilateral. Al evidenciarse un síndrome constitucional asociado a queratodermia plantar bilateral, desde Atención Primaria se deriva al paciente al Servicio de Medicina Interna, desde donde se realizan las siguientes pruebas complementarias. Rx de tórax: sin alteraciones relevantes. Gastroscopia: neoplasia en tercio distal esofágico. TAC torácico-abdómino-pélvico: sin evidencia de afectación ganglionar ni otros órganos. Estudio histológico: adenocarcinoma esofágico que infiltra capa muscular gruesa (estadio IIA). Finalmente, el paciente queda a cargo de los Servicios de Oncología Médica y Cirugía General.

Orientación diagnóstica: Neoplasia esofágica (estadio IIA) asociada a síndrome paraneoplásico.

Diagnóstico diferencial: Carcinoma pulmonar; carcinoma renal; cáncer gástrico; cáncer de páncreas; hepatocarcinoma.

Comentario final: En torno a un 20% de pacientes con patología oncológica presentan algún síndrome paraneoplásico, el cual posee una variada presentación clínica y suele preceder a otros síntomas más específicos. Por tanto, resulta necesaria una exploración física minuciosa en todo paciente que refiera síndrome constitucional en la anamnesis.

Bibliografía

- Pelosof LC, Gerber DE. Paraneoplastic syndromes: an approach to diagnosis and treatment. Mayo Clin Proc. 2010;85(9):838-54.

2. Femia AN, Vleugels RA, Callen JP. Cutaneous dermatomyositis: an updated review of treatment options and internal associations. *Am J Clin Dermatol.* 2013;14(4):291-313.
3. Di Rollo D, Abeni D, Tracanna M, et al. Cancer risk in dermatomyositis: a systematic review of the literature. *Giornale Italiano di Dermatologia e Venereologia: organo ufficiale, Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia.* 2014;149(5): 525-37.

Palabras clave: Síndrome paraneoplásico. Neoplasia esofágica.