



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

283/77 - QUÉ DOLOR DE ESPALDA MÁS RARO

R. de Mena Poveda^a, P. Vivancos Ureña^b, M. Caballero Sánchez^c, P. Meseguer García^d, M. Pérez Valencia^e y R. García Romero^f

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés. Murcia. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Puerto Lumbreras. Murcia. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Ñora. Murcia. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de La Ñora. Murcia. ^eMédico Residente de 1º año. Centro de Salud San Andrés. Murcia. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Murcia-San Andrés. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 41 años sin alergias conocidas, exfumador e hiperuricémico, que acude a consulta por dolor de espalda a nivel cervico-dorsal desde hace 10 días, coincidiendo con esfuerzo realizado, en exploración vemos una dorsalgia, sin irradiación, de características mecánicas, auscultación pulmonar normal, sin pérdida de fuerza ni sensibilidad. Se pauta analgesia, con mejoría parcial de la clínica a los dos días con aumento de medicación, se realiza una radiografía dorsal sin hallazgos significativos. A los 5 días debuta con visión doble, por lo que acude a consulta, tras una exploración neurológica se decide mandar al paciente a urgencias donde le realizan un TAC en el que aparecen lesiones cerebrales. Se completa estudio con TAC tórax/pelvis/abdomen, PAAF y se pone de manifiesto lesión metastásica a nivel C2-C3, a nivel occipital y carcinoma pulmonar.

Exploración y pruebas complementarias: TC cerebral: tumoración lóbulo occipital derecho con dos nódulos hipervasculares de 2 y 8 mm. Edema óseo y discreto efecto masa. TC tórax/abdomen/pelvis: masa pulmonar izquierda 3 × 3 cm con conglomerado adenopático hilar 3,5 × 4,3 cm. Adenopatías ventana aortopulmonar y subcarinales. A nivel dorsal por detrás de las apófisis espinosas de C2 y C3, masa 4 × 3 cm compatible con metástasis. PAAF: carcinoma mixto tipo adenocarcinoma y microcítico tipo oat cell. Marcadores tumorales: CEA 27,7, enolasa 26 y Ca 125 21.

Juicio clínico: Carcinoma microcítico de pulmón T2N2M1b.

Diagnóstico diferencial: Dorsalgia mecánica. Gota.

Comentario final: Para el médico de familia es imprescindible la prevención y sospechar ante pacientes en riesgo (edad, tabaco, EPOC), en especial a aquellos con síntomas (tos, hemoptisis, disnea, disminución de peso, pérdida de apetito...). Tenemos que tratar de diagnosticar a los pacientes lo antes posible para optimizar la probabilidad de curación y el tratamiento contra el cáncer.

Bibliografía

1. Ost DE, Yeung SC, Tanoue LT, Gould MK. Clinical and organizational factors in the initial evaluation of patients with lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2013;143:e121S.