

13 - ¡¡ MÍRAME BIEN !!

Rodríguez Elena, L. ⁽¹⁾, Rodríguez Marco, E. ⁽¹⁾, Sarvise Mata, M. ⁽²⁾, Rocca Jiménez, M. ⁽³⁾, Moreno Márquez, R. ⁽⁴⁾, Quílez Cutillas, B. ⁽⁵⁾

⁽¹⁾ Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Norte. Zaragoza. ⁽²⁾ Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuentes Norte. Zaragoza. ⁽³⁾ Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Almozara. Zaragoza. ⁽⁴⁾ Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Centro. Zaragoza. ⁽⁵⁾ Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torreramona. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 48 años, consulta en Atención Primaria por dorsalgia de un mes de evolución, diurna y nocturna, que no mejora con AINEs. Se le pauta mayor analgesia y fisioterapia. Tras la no mejoría, acude a Urgencias hasta en dos ocasiones (a los 2 y 4 meses del inicio del dolor), la última con pérdida de 3 kg de peso y lesión axilar izquierda. Antecedentes: fumador.

Exploración y pruebas complementarias: Caquéctico, pálido. Dolor a la palpación escapular izquierda y apófisis dorsales. Axila izquierda: lesión nodular sobrelevada con necrosis central, adherida a planos profundos, dura y dolorosa. 2^a Rx Tórax: masa LSD y en D3-D4. TAC toraco-abdominal: lesión subpleural en segmento apical LSD sospechosa de carcinoma broncopulmonar. Metástasis hepáticas, suprarrenal izquierda y osteolisis en escápula izquierda. RMN columna cervical: metástasis óseas D2-D4 con infiltración metastásica D5-D11 y masa de partes blandas que comprime cordón medular. AP PAAF axilar: carcinoma no de célula pequeña.

Diagnóstico: Carcinoma broncopulmonar no de células pequeñas metastásico.

Diagnóstico diferencial: dorsalgia mecánica, contractura muscular, espondilodiscitis, aplastamiento vertebral, hernia discal, discartrosis.

Comentario final: Ante una persona fumadora con dolor costal, dorsal o torácico, siempre hay que descartar patología pulmonar. La presencia de signos de alarma como pérdida de peso, dolor nocturno que impide el descanso de semanas/meses de evolución, mal control sintomático, clínica radicular, mal estado general y ausencia de lesiones aparentes en la radiografía ósea, han de hacernos pensar en procesos potencialmente graves. En este caso el problema fue la lectura correcta de la radiografía realizada en su primera visita a Urgencias, en la que se veía ya la lesión. Es por ello que es tan importante saber hacer una lectura sistemática de las placas de tórax, definiendo tanto partes blandas como óseas. El paciente falleció a los 4 meses de iniciar la clínica, sin llegar a un diagnóstico definitivo del tipo de neoplasia, pero al estar localizado periféricamente, con metástasis suprarrenales y vertebrales (manifestación inicial de malignidad en el 20% de los pacientes), podría corresponder con un adenocarcinoma.