



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

## 452/62 - EDEMA EN BRAZO, ¿QUÉ SERÁ?

I. Morales Hernández, M. García Castelblanque, Á. Sicilia Camarena

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almozara. Zaragoza.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 86 años, con antecedentes personales de HTA, DLP, DM y bloqueo AV, acude al Centro de Salud por edema de mano izquierda de 4 días de evolución sin antecedente traumático.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 110/48. FC: 55 lpm. T<sup>a</sup>: 36,3 °C. SatO2: 98%. Se objetiva edema sin fóvea de muñeca y antebrazo izquierdos con aumento de temperatura local, leve empastamiento y movilidad dolorosa. Fuerza levemente disminuida respecto a la extremidad contralateral. Pinza conservada. Maniobra de Finkelstein positiva. No alteraciones de la sensibilidad. Pulso radial presente. Se realizan las siguientes pruebas en Atención Primaria: AS (junio): anodina salvo dímero D de 3.443. Eco-Doppler en AP (junio): edema muscular en cara anterior distal de antebrazo. No impresiona de patología vascular venosa aguda. Posteriormente, a la paciente se le han realizado las siguientes pruebas: Rx brazo (junio): sin alteraciones óseas. Ecografía (agosto): aumento de volumen difuso de los músculos del compartimento volar del antebrazo izquierdo. Ecocardiograma (agosto): hipertrofia concéntrica ligera de VI, FEVI normal. EM ligera, IM ligera. HTP ligera. AP: biopsias de músculo cubital, flexor y fibrosis de antebrazo anterior (agosto): metástasis de adenocarcinoma medianamente diferenciado. La inmunohistoquímica orienta a vía biliar o páncreas. TC (agosto): no se evidencia tumor primario ni metástasis. RM (septiembre): aumento de volumen y realce patológico del compartimento muscular anterior del antebrazo izquierdo, incluyendo también compartimento posterior profundo. La imagen es superponible a patología inflamatoria (miositis) vs tumoral con infiltración difusa muscular. PET-TC (septiembre): posible metástasis hepática en segmento II-III. Hipermetabolismo uniforme en antebrazo izquierdo sin focalidad. Leve hipermetabolismo en músculos de antebrazo derecho. AP de brazo izquierdo tras amputación (septiembre): Adenocarcinoma medianamente diferenciado que infiltra de forma extensa tejidos blandos y hueso. Infiltración linfovascular y perineural negativos. El estudio inmunohistoquímico orienta a un origen tumoral en vía hepatobiliar. TC (octubre): derrame pleural izquierdo moderado con atelectasia pasiva. Leve derrame pleural derecho. Ascitis moderada.

**Juicio clínico:** Metástasis de tumor primario del área hepatobiliar.

**Diagnóstico diferencial:** Tromboflebitis. Vasculitis. Tumor de partes blandas. Metástasis.

**Comentario final:** Lo que empezó como una inflamación de la mano izquierda, ha acabado con una amputación de la extremidad superior izquierda y ha desembocado en una situación terminal, puesto que la paciente se encuentra con cuidados paliativos actualmente dado su mal pronóstico a corto plazo. Durante todo este proceso, el papel del médico de atención primaria ha sido muy importante, puesto que ha constituido el pilar fundamental sobre el que el paciente y familiares se han apoyado tanto médica como emocionalmente mientras la paciente era estudiada por el resto de especialistas, lo que demuestra que

debemos ofrecer una atención integral.

## Bibliografía

Mengual FB, et al. Guía de actuación clínica en AP España. Paciente terminal. Consejería de Sanidad Universal y salud pública. Generalitat Valenciana; 2013. Disponible en: <http://publicaciones.san.gva.es/docs/dac/guiasap027terminal.pdf> (acceso 25 octubre 2019).

**Palabras clave:** Paciente terminal. Atención Primaria.