



Medicina de Familia. SEMERGEN



<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^a: 36,3 °C. SatO₂: 98%. Se objetiva edema sin fovea 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.