



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

264/187 - NO ES SOLO UN DOLOR TORÁCICO. LA IMPORTANCIA DE IDENTIFICAR EL PROBLEMA

R. Rodríguez Ruiz^a, R. Rodríguez Ruiz^a, C. Ramírez Martín^b y M. Jiménez Sola^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud Las Albarizas. Marbella, Málaga. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Albarizas. Marbella, Málaga. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Pulpí. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 48 años. AP: Fumador de 10 paq-año. Enfoque familiar y comunitario: activo, plena autonomía funcional, vive con su mujer y sus 3 hijos. Natural de Nador, en España desde hace 3 meses. Acude por primera vez a la consulta de AP refiriendo dolor en gemelo y mano derechos, traumáticos, y dolor en región pectoral derecha. Relacionaba los síntomas con un catarro. Describía dolor torácico de baja intensidad y perfil mecánico de semanas de evolución. EF sin hallazgos, se solicitan Rx tórax, ECG y AS, se pauta analgesia y se cita de nuevo para resultados. A los 3 días, ante Rx patológica, se remite a Urgencias. En anamnesis completa identificamos otros problemas que no se manifestaron en un primer momento; el paciente presentaba además astenia, anorexia y pérdida de peso junto con torpeza motora en hemicuerpo derecho.

Exploración y pruebas complementarias: Mediano estado general, delgado, eupneico, consciente y orientado, coloración normal de piel y mucosas, bien hidratado y perfundido. ACR: rítmico sin soplos ni extratonos. Hipoventilación generalizada con algún roncus en plano anterior derecho. ORL no se objetiva masa. No adenopatías periféricas. Abdomen anodino. Neurológico: hemiparesia izq 4+/5, resto normal. Rx Tx: masa en mediastino posterior de 9 × 10 cm, a estudio. AS (AP): HG leucocitos 18.340 (58,4% N, 15,7% L), hemoglobina 11,2 g/dl, VCM 75,2 fL, plaquetas 333.000. BQ: Glu 85, Cr 0,7, FG 111, ácido úrico, perfil hepático y lipídico normales, Ca 8,3, Na 136, K 4,5, Cl 98, PCR 69,3, ferritina 203. TC cráneo: LOES supratentoriales a nivel frontal derecho, parietal izquierdo y núcleos de la base derechos. TC tórax: masa en segmentos apical y posterior del lóbulo superior derecho de contenido heterogéneo que se introduce en mediastino de 10 × 9 × 9 cm. Contacta ampliamente con pared costal posterior y columna. Enfisema paraseptal bilateral de predominio en lóbulos superiores. Adenopatías hiliares derechas (paratraqueales y subcarínicas). TC Abdomen normal. Fibrobroncoscopia y anatomía patológica: ca pulmón microcítico.

Juicio clínico: Neoplasia de pulmón estadio IV.

Diagnóstico diferencial: Causas osteomusculares (osteocondritis esternocostal, traumatismos y sobreesfuerzos, fracturas costales, etc.), herpes zóster, cardiopatía isquémica, tromboembolismo pulmonar.

Comentario final: Es fundamental averiguar el verdadero motivo de consulta del paciente y

realizar una buena anamnesis y exploración clínica para poder realizar un manejo adecuado. En este caso, dos factores entorpecieron el primer contacto con el paciente: el primero, la barrera idiomática, el segundo, no haber identificado los verdaderos problemas del paciente para enfocarlo correctamente con los síntomas guía. Es importante no dejarnos llevar sólo por la patología que comenta el paciente, sino indagar en la historia clínica y apoyarnos en las pruebas complementarias de las que disponemos.

Bibliografía

1. Rivera MP, Mehta AC, Wahidi MM. Establishing the diagnosis of lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2013;143:e142S.
2. Mohammed N, Kestin LL, Grills IS, et al. Rapid disease progression with delay in treatment of non-small-cell lung cancer. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2011;79:466.