



264/111 - ¿SÓLO UNA CALLOSIDAD?

L. Lozano Romero^a, M. Oliveros Chinchilla^b, J. Jurado Ordóñez^a, A. Ocaña Granados^a, S. Pueyos Rodríguez^c y J. Montero López^a

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril-San Antonio. Granada. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Motril-Este. Granada. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Motril-Centro. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 38 años, como antecedentes personales de interés destaca hipertensión en tratamiento con enalapril 5 mg cada 24 horas. Acude a nuestra consulta por notar desde hace dos meses tumoración dolorosa en planta de pie derecho entre 3^{er}-4^o dedo, que ha aumentado de tamaño, con dolor en reposo que se acentúa con la carga sobre la extremidad. Ha recibido tratamiento en una clínica de podología no mejorando el proceso tras varias sesiones. Trabaja en la construcción, es fumador de 15 cigarrillos día.

Exploración y pruebas complementarias: El paciente presenta buen estado general. Apirético. Deambulación conservada. A la exploración se aprecia en cara plantar a nivel de cabezas de tercer y cuatro metatarsos (MTT) derechos, lesión sobreelevada, descamada, con halo amarillento, de consistencia pétreo, dolorosa a la palpación. No alteraciones motoras ni sensitivas de las extremidades. No edemas ni signos de TVP asociados en M. Solicitamos radiografía, en la cual a nivel de 3^{er}-4^o MTT y falange proximal se aprecia aumento de densidad difuso, no definido, dificultando la visualización correcta de estructuras óseas. Solicitamos analítica con hemograma, bioquímica y reactantes de fase aguda. Realizamos derivación a consulta de Traumatología. Tras valoración en consulta de Traumatología se solicita RMN sin contraste iv de pie derecho y posteriormente punción/drenaje de lesión guiada por ecografía. El resultado de anatomía patológica arroja el resultado de Carcinoma altamente agresivo probablemente correspondiente a tumor primitivo de glándulas sudoríparas ecrinas/sebáceas. En TAC toracoabdominal se aprecian nódulos pulmonares mayor compatibles con metástasis. Dada la alta agresividad del carcinoma se opta por amputación transtibial derecha, con resultado de anatomía patológica siguiente: carcinoma pleomórfico altamente agresivo fenotipo coriocarcinoma probablemente cutáneo primitivo.

Juicio clínico: Carcinoma pleomórfico altamente agresivo fenotipo coriocarcinoma probablemente cutáneo primitivo.

Diagnóstico diferencial: Debe hacerse entre otras con procesos inflamatorios (como el neuroma de Morton, entre otros), por acúmulo de microcristales, procesos infecciosos así como procesos tumorales tipo sinovitis villonodular, tumor fibroso, tumor de células gigantes, sarcomas de tejido blando o metástasis.

Comentario final: En este caso, además de realizar una adecuada exploración y anamnesis, es imprescindible el posterior seguimiento y apoyo desde Primaria de lo acontecido, la adaptación del paciente joven y activo a una amputación así como afecta a su calidad de vida y a su entorno familiar y personal es esencial en este tipo de situaciones. La coordinación desde atención primaria, precisó apoyo multidisciplinar entre enfermería, trabajador social y enfermero de enlace, junto con medicina, para proporcionarle al paciente el material y atención necesarios para tratar su patología e intentar minimizar el impacto tanto en su vida cotidiana.

Bibliografía

1. Rabin SR, Simon P, Bergerat JP, Jung GM, Dosch JC, Marcellin L. Tumores de los tejidos blandos de los miembros. Enciclopedia Médico Quirúrgica-E 14-198,.