



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 269/14 - CERVICALGIA REFRACTARIA A ANALGESIA

A. Villaverde Llana<sup>a</sup>, G. Barquín Arribas<sup>b</sup>, E. Vejo Puente<sup>c</sup>, L. Campo Alegría<sup>d</sup>, S. Quintana Cabieces<sup>e</sup> y V. González Novoa<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Miranda Este. Miranda de Ebro. Burgos. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Val de San Vicente. Cantabria. <sup>c</sup>Médico de Familia. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. <sup>d</sup>Médico de Familia. Hospital Universitario de Burgos. <sup>e</sup>Médico Residente de Rehabilitación. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. <sup>f</sup>FEA Rehabilitación. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 71 años sin alergias medicamentosas. Antecedentes personales: HTA, dislipemia, gota, poliomielitis en la infancia. Carcinoma renal de células claras en 1995, por lo que se realizó nefrectomía derecha. En 1999 se inicia seguimiento de adenopatías mediastínicas que se biopsian, resultando benignas. En 2010 estudio de nódulos pulmonares mediante PET y broncoscopia. En el último TAC (enero de 2016) permanecen estables tanto las lesiones pulmonares como las adenopatías mediastínicas. Tratamiento habitual: enalapril 20 mg, omeprazol 20 mg, lorazepam 1 mg, parche buprenorfina 70 µg, fentanilo 100 µg. Enfermedad actual: el paciente consulta a finales de 2016 por cuadro de meses de evolución de dolor cervical irradiado hacia extremidad superior izquierda de difícil control analgésico. No presenta déficit motor ni sensitivo, aunque relata episodios ocasionales de "torpeza y agarrotamiento" de ambas manos. No refiere traumatismo previo.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física: pupilas isocóricas y normorreactivas. Campimetría por confrontación normal. Pares craneales normales. Sistema motor, sensitivo y cerebeloso sin alteraciones a excepción de paresia 2/5 de extremidad inferior derecha como secuela de poliomielitis. Reflejos osteotendinosos simétricos. No se aprecia espasticidad. TAC toraco-abdomino-pélvico: fractura vertebral de C3 con abombamiento del muro posterior y masa de partes blandas asociada de 41 × 30 mm de tamaño que disminuye levemente el calibre del canal raquídeo y destruye los elementos óseos posteriores izquierdos. Pinzamiento del espacio intervertebral y osteofitos en C3-C4-C5-C6. Nódulo de 20 × 12 mm en músculo infraespinoso derecho. Nódulos pulmonares en lóbulo superior derecho, medio e inferior derecho en relación con metástasis, que han aumentado de tamaño respecto al estudio previo. Elevación del hemidiafragma izquierdo y atelectasia laminar en el lóbulo inferior izquierdo. Múltiples masas hiliares izquierdas y mediastínicas con necrosis central también en relación con metástasis que afectan a múltiples espacios y forman un gran conglomerado en el espacio prevascular. Lesiones hepáticas hipodensas en probable relación con quistes. Bazo normal. Nódulo sólido en cola del páncreas. Ausencia de riñón derecho por cirugía previa. Adenopatía mesentérica de aspecto tumoral en flanco derecho. Dos lesiones sólidas en la musculatura paravertebral derecha lumbar en relación con metástasis. TAC arterias supraaórticas: lesión lítica a nivel de cuerpo vertebral C3 con aplastamiento del mismo, con

importante masa de partes blandas asociada que se extiende a través de pedículo y proceso transversal izquierdo. A nivel del cuerpo vertebral de C1 se objetiva lesión insuflante con importante componente de partes blandas que afecta fundamentalmente a masa lateral izquierda y arco posterior ipsilateral. Biopsia masa sólida paravertebral lumbar: infiltrados de características morfológicas e inmunohistoquímicas compatibles con carcinoma renal de células claras.

**Juicio clínico:** Metástasis óseas en C1 y C3 secundarias a carcinoma renal de células claras, estadio IV.

**Diagnóstico diferencial:** Cervicoartrosis, discopatía cervical, contractura muscular, metástasis óseas.

**Comentario final:** En nuestro paciente, debido al mal control analgésico y a las características de las lesiones se optó por realizar artrodesis cervical posterior C2-C4-C5 y radioterapia externa, ambos con fines paliativos, consiguiéndose mejorar la calidad de vida del paciente al disminuir el dolor. Los dolores osteomusculares son un motivo de consulta muy frecuente. Debemos estar atentos a los signos de alarma, como en este caso al antecedente oncológico, para completar el estudio y proceder a un diagnóstico etiológico y en consecuencia un tratamiento lo más precoz posible.

### **Bibliografía**

1. Lutz S, Balboni T, Jones J, et al. Palliative radiation therapy for bone metastases: Update of an ASTRO Evidence-Based Guideline. *Pract Radiat Oncol.* 2017;7:4.
2. Schellingerhout JM, Heymans MW, Verhagen AP, et al. Prognosis of patients with nonspecific neck pain: development and external validation of a prediction rule for persistence of complaints. *Spine.* 2010;35:E827.
3. Cruz Hernández JJ, Rodríguez Sánchez CA, Del Barco Morillo E. *Oncología Clínica*, 4<sup>a</sup> ed. Madrid: Editorial Nova Sidonia; 2008.