



269/21 - ADENOCARCINOMA PULMONAR METASTÁSICO. IMPACTO ABSOLUTO EN PACIENTE Y ENTORNO

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

^aMédico Residente de Rehabilitación. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. ^bFEA Rehabilitación. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Val de San Vicente. Cantabria. ^dMédico de Familia. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Miranda Este. Miranda de Ebro. Burgos. ^fMédico de Familia. Hospital Universitario de Burgos.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 72 años, acude a nuestra consulta de atención primaria por dolor en cadera izquierda irradiado a cara anterior de muslo de 3 semanas de evolución, sin traumatismo desencadenante, ha tomado antiinflamatorios orales sin mejoría. Niega otra sintomatología acompañante. AP: fumadora 20 paquetes/año, HTA, dislipemia.

Exploración y pruebas complementarias: Cadera izquierda: balance articular: flexión y extensión completa, rotación externa 45°, rotación interna 40° dolorosa, no dolor a la palpación de la cara anterior de muslo. Maniobras de estiramiento radicular negativas. Balance muscular global 5/5 en EII. Sensibilidad normal. ROT normales. Dolor con la deambulación en muslo izquierdo. Resto de la exploración anodina. Solicitamos radiografía de cadera y fémur izquierdo, ante el hallazgo encontrado se deriva al paciente al Servicio de Oncología, desde dónde solicitan el resto de pruebas que exponemos a continuación. Rx cadera izquierda y fémur: Lesión osteolítica en tercio medio de diáfisis femoral. RMN pelvis: Lesión centromedular con extensión a cortical y periostitis. Y lesión ósea en ceja acetabular derecha con extensión hacia rama pubiana derecha. TAC torácico-abdominal: masa en lóbulo superior izquierdo. RMN cerebral: múltiples lesiones grumosas de asiento leptomeníngeo supra infratentorial compatible con infiltración metastásica. Se realiza punción de lesión pulmonar, con resultado de: adenocarcinoma de patrón acinar, mutación EGFR negativa, y PET que permite estadiarlo como T3N3M1b. Recibe tratamiento de radioterapia y quimioterapia de forma paliativa. Otros tratamientos: opioides para control del dolor, ansiolíticos por estado de ansiedad, precisa intervención psicológica.

Juicio clínico: Adenocarcinoma de pulmón en LSI, estadio IV (metástasis óseas y diseminación leptomeníngea).

Diagnóstico diferencial: Coxartrosis. Trocanteritis. Síndrome femoroacetabular. Radiculopatía. Tendinopatía de inserción en aductores. Trombosis venosa profunda.

Comentario final: El cáncer de pulmón es la causa más común de mortalidad por cáncer en todo el

mundo, tanto en hombres como en mujeres. El tabaquismo es responsable de aproximadamente el 90% de los casos de cáncer de pulmón. Las metástasis óseas son una manifestación común de muchos tipos de cánceres sólidos, sobre todo pulmón, mama y el cáncer de próstata. En este caso fue el síntoma inicial con el que se diagnosticó el cuadro neoplásico. Un diagnóstico de estas características supone un gran impacto en todos los ámbitos del paciente y su familia, debe realizarse un abordaje multidisciplinar y coordinado, teniendo en cuenta la opinión del paciente siempre que haya recibido una información adecuada de su proceso.

Bibliografía

1. Pockett RD, Castellano D, McEwan P, et al. The hospital burden of disease associated with bone metastases and skeletal-related events in patients with breast cancer, lung cancer, or prostate cancer in Spain. *Eur J Cancer Care*. 2010;19:755.
2. Granek L, Tozer R, Mazzotta P, et al. Nature and impact of grief over patient loss on oncologists' personal and professional lives. *Arch Intern Med*. 2012;172:964.
3. Sia J, Paul E, Dally M, Ruben J. Stereotactic radiosurgery for 318 brain metastases in a single Australian centre: the impact of histology and other factors. *J Clin Neurosci*. 2015;22:303.
4. Mujoomdar A, Austin JH, Malhotra R, et al. Clinical predictors of metastatic disease to the brain from non-small cell lung carcinoma: primary tumor size, cell type, and lymph node metastases. *Radiology*. 2007;242:882.