



242/3387 - ¿QUÉ ESCONDE ESTA DORSALGIA MECÁNICA?

M. Asensio García^a, M. Martínez Villar^a, M. Paredes García^b, E. Domínguez del Brío^c, M. Rodríguez Lavalle^d y M. Portilla Mediavilla^e

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jardinillos. Palencia. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Jardinillos. Palencia. ^cMédico de Familia. Complejo Asistencial Universitario de Palencia (CAUPA). ^dMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jardinillos. Palencia. ^eMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Puebla. Palencia.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 60 años. Exfumador. DM tipo 2. Dislipemia. HTA. SAHS. IAM anterior. Acude por dolor en columna dorsal de 4 meses de evolución y tos seca. Pérdida de 13 kg en los últimos 5 meses.

Exploración y pruebas complementarias: Dolor dorsal y costal izquierdo a la palpación irradiado a plano anterior que se modifica con los movimientos. Auscultación pulmonar normal. Analítica: trombocitosis, resto de parámetros dentro de la normalidad. Radiografía de columna dorsal sin alteraciones. Radiografía de tórax: masa en LSI. TC torácico: masa sugerente de neoplasia, adherida a aorta, adenopatía mediastínica, derrame y nódulo subpleural ipsilaterales. Ingreso en Neumología para estudio. Broncoscopia-biopsia: masa en árbol bronquial compatible con carcinoma de células escamosas. EBUS y PET: gran masa pulmonar hipermetabólica, con área ametabólica central con necrosis en LSI contactando con pared torácica, mediastino y adenopatía prevascular. Se realiza neumonectomía izquierda, linfadenectomía y pleurectomía. Se deriva posteriormente a Oncología para quimioterapia adyuvante.

Juicio clínico: Carcinoma no microcítico de pulmón combinado: epidermoide y neuroendocrino de células grandes estadio IIB.

Diagnóstico diferencial: Dorsalgia mecánica. Carcinoma microcítico de pulmón. Tumor carcinoide típico de pulmón.

Comentario final: Los tumores neuroendocrinos pulmonares (TNP) representan menos del 30% de los tumores primarios de pulmón; el 12% corresponde a tumores de células grandes (CNCG). Para el diagnóstico y planificación de su tratamiento se recomienda el uso combinado de pruebas de imagen (TC y PET) y técnicas mínimamente invasivas (broncoscopia y EBUS). La opción terapéutica más común en los TNP de bajo grado es la intervención quirúrgica; en los de alto grado ésta no es posible por su rápida diseminación. El CNCG normalmente se diagnostica en estadios avanzados, siendo la quimioterapia la única opción terapéutica y reservándose la cirugía para casos aislados. De pronóstico variable, todos tienen potencial metastásico.

Bibliografía

1. Aranda FI, Alenda C, Peiró FM, Peiró G. Tumores neuroendocrinos pulmonares. Rev Esp Patol. 2003;36(4):389-404.
2. Villar Álvarez F, Muguruza Trueba I, Belda Sanchís J, Molins López-Rodó L, Rodríguez Suárez PM, Sánchez de Cos Escuin J, et al. Recomendaciones SEPAR de diagnóstico y tratamiento del cáncer de pulmón de células no pequeñas. Arch Bronconeumol. 2016; 52(Supl 1):2-62.

Palabras clave: Dolor costal. Tumor neuroendocrino pulmonar. Tumores combinados pulmonares.