



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/938 - DOLOR COSTAL EN PACIENTE CON HÁBITOS TÓXICOS: LO QUE PUEDE ESCONDER

R. Junquera Meana¹, E. Vázquez Alonso², S. Puerta Pérez³ y A. Roces Iglesias⁴

¹Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Teatinos. Oviedo. Asturias. ²Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Cristo. Oviedo. Asturias. ³Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Cristo. Oviedo. Asturias. ⁴Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Collorto. Oviedo. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 60 años, fumador y bebedor activo, con antecedentes de hipercolesterolemia e hipertensión arterial a tratamiento con simvastatina 40 mg y carvedilol 25 mg, que acudió a su médico de cabecera por dolor costal de varios días de evolución que no mejoraba con antiinflamatorios. Su familia refería pérdida de peso y anorexia el confinamiento. Se solicitó radiografía de tórax y parilla costal donde se observaron fracturas en 6º y 10º arco costal. Se iniciaron opiáceos y se derivó a Medicina Interna. Ante mal control del dolor el paciente acude a Urgencias. Se ingresó en Neumología. Fue diagnosticado de carcinoma pulmonar neuroendocrino de célula pequeña estadio IV.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes: TA 153/80, FC 62, SatO₂ 97%. Auscultación cardiopulmonar normal. Dolor a la palpación en lateral de arcos costales derechos medios. Hemograma: hemoglobina 12,7 g/dL, 11.970 leucocitos, 305.000 plaquetas. Bioquímica: glucosa, iones, función renal y hepática normales. Coagulación y orina: normales. TC toracoabdominal: conglomerado adenopático en hilio izquierdo de aspecto metastásico, atelectasia en base de LII y llingula. Agrandamiento de ambas suprarrenales. Múltiples lesiones líticas en cuerpos vertebrales y parrilla costal, difusas. TC Craneal: lesión nodular hipercaptante con lesión lítica asociada en techo de órbita derecha, sin lesiones focales en parénquima cerebral. Anatomía patológica de biopsia de adenopatía: metástasis de carcinoma de célula pequeña. Citometría de flujo: infiltración por tumor sólido de origen neuroendocrino.

Orientación diagnóstica: Carcinoma pulmonar neuroendocrino de célula pequeña estadio IV.

Diagnóstico diferencial: Fractura traumática, proceso neoplásico de otra índole, mieloma múltiple, osteoporosis.

Comentario final: Siempre debemos tener en cuenta los antecedentes del paciente y descartar en primer lugar la patología que entrañe mayor gravedad pronóstica.

Bibliografía

1. Sánchez de Cos J, Hernández-Hernández J, Jiménez-López MF, Padrones-Sánchez S, Rosell-Gratacós A, Rami-Porta R. Normativa SEPAR sobre la estadificación del Cáncer de Pulmón. Arch Bronconeumol. 2011;47(9):454-65.
2. Undurraga F, Rodríguez P, Lazo D. Trauma de Tórax. Rev Med Clin Condes. 2011;22(5):617-22.

Palabras clave: Fractura costal. Síndrome general. Tumor pulmonar.