



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

253/76 - DOCTOR, TENGO UN BULTO Y ME DUELE AL SENTARME

M. Caballero Sánchez^a, R. de Mena Poveda^b, J. Caballero Cánovas^b, A. Zaragoza Ripoll^c, A. Cayuela López^d y P. Meseguer García^a

^aMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Ñora. Murcia. ^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés. Murcia. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cieza Este. Murcia. ^dMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Ñora. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón 67 años sin alergias, fumador desde joven, con hipertrigliceridemia, HTA, depresión, espondiloartropatía y polidiscopatía. Intervenido hernia inguinal bilateral y umbilical, fístula anal y CBC en hélix derecho. Tratamiento con Motivan, Emconcord, Secalip y Omeprazol. Acude a consulta refiriendo dolor inguinal de características mecánicas, al andar y sentarse, dificultándole deambular, además presencia de masa en pubis, 3 semanas de evolución. Realizamos Radiografía pelvis-tórax tras lo que se deriva al hospital para estudio y pruebas complementarias. Se constata neoplasia pulmonar derecha estadio 4, múltiples metástasis pulmonares, adenopatías y metástasis ósea en isquion izquierdo.

Exploración y pruebas complementarias: MMII: dolor mecánico y a la movilización pasiva en cadera izquierda. Lasègue negativo. Cojera al caminar. Coxalgia izquierda irradiada hacia cara anterior del muslo hasta llegar a la rodilla. Presente con los esfuerzos como el caminar o la rotación externa/interna de la cadera izquierda. Dolor de intensidad moderada a nivel isquión en la sedestación. Rx tórax: opacidad pulmonar parahiliar posterior derecha. Hemograma, bioquímica y coagulación sin alteraciones. RMN caderas: lesión ósea que afecta a isquion izquierdo asociada a rotura de la cortical y masa de partes blandas con signos de edema en músculos obturador externo y aductor menor. Metástasis como primera posibilidad diagnóstica. TAC tórax: masa pulmonar paravertebral en LID 7,8 × 5,3 × 8 cm afectando a pleura, se extiende al hilio englobando bronquio, lobar inferior y divisiones segmentarias. Estenosis moderada-grave de luz aérea condicionando pérdida volumen LID. Múltiples nódulos pulmonares de tamaño variado y distribución aleatoria. Múltiples adenopatías paratraqueales derechas. Adenopatía hiliar derecha. No derrame pleuro-pericárdico. Dilatación 4,2 cm de aorta ascendente. Hernia hiato. TAC abdomen: lesión lítica cuerpo isquion izquierdo de 6,9 cm diámetro longitudinal. Quiste simple hepático. PAAF pulmonar. Adenocarcinoma.

Juicio clínico: Adenocarcinoma LID estadio IV con extensión a estructuras hiliares-pleura, múltiples metástasis multisegmentarias ambos pulmones, numerosas adenopatías mediastínicas e hiliares (N2). Lesión lítica cuerpo isquion izquierdo, probable origen metastásico.

Diagnóstico diferencial: Coxalgia mecánica. Hernia inguinal. Traumatismo. Distensión muscular.

Artropatía degenerativa.

Comentario final: Dado los antecedentes del paciente, exploración dolor y masa, así como la radiografía tórax-pelvis, se deriva al paciente para estudio. Es importante la sospecha de patología tumoral en pacientes de riesgo con síntomas, en nuestro caso paciente muy fumador, junto con un dolor de larga evolución y difícil control, presencia de masa en pubis, imagen sospechosa en radiografía de pelvis y radiografía de tórax fue lo que nos puso en alerta.

Bibliografía

1. Ost DE, Yeung SC, Tanoue LT, Gould MK. Clinical and organizational factors in the initial evaluation of patients with lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2013;143:e121S.

Palabras clave: Adenocarcinoma. Metástasis linfática. Tabaco.