



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/210 - Dolor osteomuscular recurrente

D. El Atiaoui<sup>a</sup>, M.Á. María Tablado<sup>b</sup>, S.S. Murga Alvarado<sup>c</sup>, C. Magaña Herrera<sup>d</sup> y C. Rojo Villaescusa<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villablanca. Madrid. <sup>b</sup>Médico de Familia. Consultorio Local Perales de Tajuña. Madrid. <sup>c</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José María de los Llanos. Madrid. <sup>d</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ibiza. Madrid. <sup>e</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de la Media Legua. Madrid.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 43 años, varón. Exfumador desde hace 4 años (37,5 paquetes/año). Antecedentes personales: hernias discales. Trabaja cargando pesos habitualmente. Acude por dolor costal tras traumatismo indirecto en gimnasio “notó un chasquido”. El dolor es persistente pese tratamiento con paracetamol y dexketoprofeno. Se pautan benzodiazepinas como relajante muscular y baja laboral pero no se realiza prueba de imagen. Tras un mes de dolor continuo consulta en su mutua quien tras realizar ECG y radiografía de tórax le deriva a urgencias. En urgencias el paciente refiere dolor torácico persistente subcostal izquierdo de tipo punzante que cambia con el ciclo respiratorio y con las posturas y fiebre de 3 días de evolución máx.39,6°C. Refiere que su hijo fue diagnosticado de escarlatina hace una semana.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 130/70 mm, T<sup>a</sup> 36,2 °C, SAT O<sub>2</sub> 91%. Regular estado general. Cabeza y cuello: no adenopatías, Dolor a la palpación en región costal izquierda. Que reproduce en parte el dolor del paciente. AP hipoventilación generalizada, no ruidos anómalos. AC: rítmica sin soplos. Abdomen blando, no doloroso. ECG: Sin alteraciones. Analítica: Hemograma normal. Bioquímica normal. PCR 12.1. Rx tórax. se aprecia masa extrapulmonar en base izquierda, adenopatías hiliares y paratraqueales. TAC torácico: Masa pleural de 82 mm con implantes pleurales ipsilaterales de menor tamaño y mínimo derrame pleural asociado. La masa de mayor tamaño invade el espacio extrapelural paraespinal izquierda D8-D9 con invasión del tercio posterior del 10<sup>o</sup> arco costal izquierdo. Adenopatías hiliomediastínicas, retrocraurales y retroperitoneales superiores e hilar renal izquierdo. Metástasis pulmonares bilaterales. Fractura patológica del tercio medio del 6<sup>o</sup> arco costal izquierdo. Biopsia: carcinoma epidermoide pobremente diferenciado + proceso inflamatorio granulomatoso necrotizante asociado que obliga a descartar en primer término una etiología tuberculosa. Se tratamiento con 4 antituberculosos que se suspende tras 3 BAAR negativos, quantiferón negativo hemocultivos para tuberculosis negativos PCR para micobacterias en biopsia torácica negativa. El paciente evoluciona con buen estado general y con buen control del dolor. PET-TAC sin contraste: enfermedad neoplásica diseminada con afectación neoplásica en ambos pulmones con masa en el izquierdo, pleural homolateral, mediastino espacios retroperitoneales, retrocraural y óseas múltiples. Se desestima tratamiento quirúrgico y se propone tratamiento con quimioterapia.

**Juicio clínico:** Carcinoma epidermoide de pulmón estadio T4N2M1. Granulomas necrotizantes con

estudio de tuberculosis negativo. Fractura patológica costal. Dolor costal por metástasis. Síndrome febril por infección respiratoria.

**Diagnóstico diferencial:** El dolor torácico subagudo de características osteomusculares en atención primaria es muy frecuente. Por orden decreciente las causas son rotura fibrilar o muscular, cardiogénica (angina estable, pseudoangina, taquicardia, extrasístoles), gastrointestinales (epigastralgia, colelitiasis, hígado graso, pancreatitis, cólico nefrítico, embarazo ectópico), pulmonares (infecciosas, neoplásicas, asma, neumotórax) y psiquiátricas/psicosomáticas.

**Comentario final:** Los dolores osteomusculares son motivo de consulta frecuentes en atención primaria, aunque las causas más frecuentes sea postraumáticas o por roturas fibrilares. No debemos descartar causas menos frecuentes como son las infecciosas latentes o neoplásicas, causa que obliga a realizar una prueba de imagen ante mínima duda. El antecedente de tabaquismo y la edad del paciente hacen recordar la controversia de la Rx tórax como screening de cáncer de pulmón en fumadores.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Klinkman MS, Stevens D, Gorenflo DW. Episodes of care for chest pain: a preliminary report from MIRNET. Michigan Research Network. J Fam Pract. 1994;38:345.
2. Svavarsdóttir AE, Jónasson MR, Gudmundsson GH, Fjeldsted K. Chest pain in family practice. Diagnosis and long-term outcome in a community setting. Can Fam Physician. 1996;42:1122.
3. Verdon F, Herzig L, Burnand B, et al. Chest pain in daily practice: occurrence, causes and management. Swiss Med Wkly 2008;138:340.
4. Bösner S, Becker A, Haasenritter J, et al. Chest pain in primary care: epidemiology and pre-work-up probabilities. Eur J Gen Pract. 2009;15:141.