



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



482/1330 - ALGO NO VA BIEN

M. Amaya Guerrero¹ y C. Calzado Rodríguez²

¹Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda-Norte. Ronda. Málaga.

²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ronda-Norte. Ronda. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 76 años, sin antecedentes de interés. Habitualmente, acudía a la consulta como acompañante cuidador de su mujer. Refería dolor en la cadera derecha, que empeoraba con el movimiento, y le impedía tumbarse sobre ese lado. Tras 2 consultas, su mujer comentó que él había perdido peso durante las últimas semanas.

Exploración y pruebas complementarias: Auscultación cardiopulmonar y exploración abdominal normales. Exploración de la cadera: dolor a la palpación de trocánter mayor. Sin otros hallazgos. Rx fémur, pelvis y tórax: normal. AS: Hb 12, ferritina 349, PCR 10,2. SOH negativo. Ecografía abdominal en Atención Primaria (AP): adyacente a riñón derecho, masa de 7 × 3 cm, heterogénea, con captación central de Doppler. Análisis al ingreso: Hb 10,4; leucocitos 4.260, plaquetas 134.000. LDH 237. Beta-microglobulina 3,96. PET-TC: múltiples adenopatías para-aórticas izquierdas. En psoas derecho, focos de captación de FGD de 5,4 × 8,1 × 6 cm. Conglomerado de adenopatías para-aórtico derecho de 6,3 × 6,6 × 9,8 cm. Altamente compatible con enfermedad linfoproliferativa. Biopsia: expresión de citoqueratinas, negatividad para vimentina y AG leucocitario común. Posible carcinoma. Endoscopia digestiva: normal.

Orientación diagnóstica: Debido a las características mecánicas del dolor, se pensó en una bursitis trocántérica. La pérdida de peso, asociado a la anemia y la ligera elevación de la PCR, orientaron hacia un posible origen neoplásico.

Diagnóstico diferencial: La elevación de la beta-microglobulina y la presencia de adenopatías retroperitoneales, indicaban posible proceso linfoproliferativo. La biopsia dio el juicio clínico final: carcinoma de origen desconocido (COD).

Comentario final: Al ser diagnosticado como COD estadio IV, el paciente fue desestimado para tratamiento curativo. Los profesionales de AP asumieron los cuidados paliativos durante los 2 meses que el paciente estuvo en el domicilio. En SUD, se produjo claudicación de la familia, que acabó con traslado al hospital y fallecimiento al llegar a la planta. Es de destacar el uso de la ecografía como una técnica exploratoria más dentro de la consulta de AP, el papel del médico de familia para la detección precoz de patología al conocer la situación basal de sus pacientes y la integración de los cuidados paliativos en AP.

Bibliografía

1. Losa F, Soler G, Casado A, Estival A, Fernández I, Giménez S et al. SEOM clinical guideline on unknown primary cancer. *Clinical and Translational Oncology*. 2017;20(1):89-96.

Palabras clave: Cáncer primario desconocido. Ecografía. Cuidados paliativos.