



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

262/181 - ¿ES SOLO UN DOLOR DE PIERNA?

E. Puche Urdaneta^a, M. Alcocer Lanza^b, E. Ortiz Muñoz^c e Y. Torres Ortiz^d

^aCentro de Salud Río Tajo. Talavera de la Reina. Toledo. ^bMédico de Familia. FEA Urgencias. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. Toledo. ^cMédico de Familia. Jefa de Unidad de Urgencias. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. Toledo. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. Toledo.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 40 años remitida de AP por múltiples episodios de dolor en rodilla izquierda e impotencia funcional, refractario a tratamiento analgésico, acompañada de exploración anodina y resultados de analíticas inespecíficos, previamente descartada TVP. Radiografías de cadera donde se evidencia aumento progresivo de la densidad de partes blandas y alguna reacción perióstica en pelvis izquierda, es valorada por medicina interna (Dx: gonalgia postraumática y anemia) traumatología, descarta artritis séptica y recomienda seguimiento con RMN que no puede ser realizada por intenso dolor, por lo que recomienda control analgésico y seguimiento por su MAP, remitiendo a urgencias por postramiento e imposibilidad de control analgésico con opioides mayores. En la exploración se evidencia dolor intenso y atrofia de musculatura ipsilateral, realizando nueva analítica en la que llama la atención hipercalcemia, con nueva radiografía donde además de lo previo se objetiva reacción osteolítica con destrucción cortical de pelvis izquierda. Se realiza TAC abdomino-pélvico que evidencia gran masa necrótica a nivel de cervix que desplaza útero y demás estructuras ginecológicas e infiltra pelvis y cadera izquierda.

Exploración y pruebas complementarias: Se realiza PAAF con biopsia y estudio de extensión que dan como resultado ca. epidermoide de cervix terminal, por lo que tras valoración por ginecología y oncología recomiendan tratamiento paliativo, falleciendo a los dos meses desde el diagnóstico.

Juicio clínico: Ca. epidermoide de cervix.

Diagnóstico diferencial: Hipercalcemia mediada por PTH: hiperPTH primario, hiperPTH terciario, tratamiento con litio, hipercalcemia hipocalciúrica familiar. PTH independientes: hipercalcemia tumoral, exceso de vitamina D, farmacológico, endocrinopatías.

Comentario final: El ca de cervix representa el 6% de tumores ginecológicos, 4^a neo maligna más frecuente en la mujer. factor de riesgo más conocido es la infección por el VPH, inicialmente cursa con clínica inespecíficas como manchado poscoital, leucorrea, sangrado intermenstrual y hemorragia abundante, por ello que es importante la prevención desde AP con citologías periódicas, para intentar reducir la mortalidad.

Bibliografía

1. Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson JL, Loscalzo J, eds. Harrison principios de medicina interna 19ª ed. McGraw-Hill; 2015.
2. Devita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA. Principios y práctica de Oncología, 2ª ed. Salvat.
3. Laso FJ. Introducción a la medicina clínica, fisiopatología y semiología, 2ª ed. Elsevier Masson.