



244/19 - ACROPAQUIAS COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE CARCINOMA PULMONAR

A. Fernández Fernández^a, J. González Aguilera^b, J. Gómez Sáenz^b, R. Obregón Díaz^b, A. Segura Jiménez^b y A. Ibáñez Leza^b

^aMédico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital San Eloy. Barakaldo, Vizcaya. ^bMédico de Familia. Centro de Salud de Nájera. La Rioja.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 53 años de edad, con antecedentes personales de TBC en infancia con afectación articular en cadera y columna que deja como secuela disimetría de 8 cm. Fumador de 103 paquetes año. Estudiado en Servicio de Neumología en 2006 y 2011 por bullas y patrón reticular en Rx tórax. Historia actual.- disnea de grado 2 con pérdida de unos 20 kg en los últimos 4 años. Criterios de bronquitis crónica, claudicación de la marcha a los 200 m. Aumento de volumen en falanges distales en el último año.

Exploración y pruebas complementarias: Emanciado con pérdida de masa muscular sobre todo en eei. Ausencia de pulsos poplíteos y tibiales. Acropaquias en manos. AP hipoventilación generalizada. Saturación basal 94%. TA 110/80 mmHg. Laboratorio. Ca15.3, 72 U/mL, Ca125, 897 U/mL, Ca19.9, 384 U/mL, CEA 20,6 ng/mL, vitamina D, 15,2 ng/mL. Rx tórax: bulla en hemitórax izquierdo con masa de unos 5 cm no presente en Rx previas. Rx columna lumbar y pelvis: acuñaamiento L2, esclerosis de Mönckeberg, impactación de cabeza femoral izquierda. Espirometría: FEV1/CVF 77,57 FEV1 89% CVF 86 con prueba broncodilatadora negativa. Se deriva a consulta nódulo pulmonar. TAC masa sólida de 73 × 42 × 50 mm de contornos mal definidos, inhomogénea con áreas de necrosis a 1 cm del origen bronquio LSI. Enfisema pulmonar con numerosas bullas en campos pulmonares superiores. Nódulo residual en LSD. Tumorción de 55mm en suprarrenal derecha. Broncoscopia lesión endobronquial en bronquio segmentario anterior LSI. Anatomía patológica, carcinoma pulmonar escamoso. PET proceso neoplásico primario LSD con diseminación ganglionar mediastínica, laterocervical y supraclavicular izquierdas y en suprarrenales.

Juicio clínico: Carcinoma escamoso pulmonar LSI, estadio IV (T2N3M1b). Síndrome paraneoplásico: síndrome constitucional, acropaquias.

Diagnóstico diferencial: Carcinoma pulmonar primario o metastásico.

Comentario final: Los síntomas paraneoplásicos (SPN) son los efectos remotos producidos por un tumor que no están asociados a invasión directa, obstrucción o metástasis. El cáncer de pulmón (CP) es la neoplasia que con mayor frecuencia los asocia. Pueden ser la primera manifestación de la enfermedad, aunque pueden aparecer en cualquier momento de la evolución de la misma. El CP de células pequeñas es el tipo histológico que más se asocia a SPN. Los SPN no indican necesariamente

la presencia de enfermedad metastásica. La osteoartropatía hipertrófica (OAH) se caracteriza por acropaquias y formación ósea periostal, con intensos dolores osteoarticulares que responden espectacularmente a AAS o AINEs y ácido zolendrónico. Es el SPN reumatológico más frecuente. Se asocia a múltiples enfermedades siendo las neoplasias pulmonares los tumores más frecuentemente encontrados (sobre todo escamosos y adenocarcinomas). Puede aparecer hasta un 14% de los CP. Las aropaquias se encuentran en un 50% de los pacientes con fibrosis pulmonar idiopática. La OAH típicamente se resuelve con el tratamiento definitivo del tumor primario.

Bibliografía

1. Usón Jaeger J, López Criado P. Síndromes reumatológicos paraneoplásicos: artropatías y miopatías. Disponible en: http://www.gethi.org/portals/0/libro_digital_oncologia.pdf