



Clínica cotidiana

Coxalgia y cáncer: ¿pensamos en la relación en atención primaria?

Claudia Viviana López Charry^{a,*}, José María Hernández Pérez^b

^aServicio de Neumología. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. ^bServicio de Neumología. Hospital General de La Palma. Breña Alta (Santa Cruz de Tenerife).

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 9 de abril de 2018

Aceptado el 30 de mayo de 2018

On-line el 27 de septiembre de 2018

Palabras clave:

Afectación de la cadera

Cáncer de pulmón

Derrame pleural

Keywords

Hip injuries

Lung neoplasm

Pleural effusion

R E S U M E N

La coxalgia se define como dolor originado en la cadera y es motivo de consulta habitual.

Generalmente las causas son en su mayoría degenerativas-artrosicas o traumáticas; sin embargo, en ocasiones son manifestaciones de otro tipo de enfermedades.

Se presenta el caso de un varón de 45 años de edad, que presenta una coxalgia derecha de 2 meses de evolución. Tras realizársele diferentes pruebas complementarias, se confirma la existencia de un adenocarcinoma de pulmón estadio IV con metástasis en la cadera derecha.

© 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Coxalgia and cancer: do we consider the relationship in primary care?

A B S T R A C T

The coxalgia is defined as pain originated in the hip and is a common cause of reason for consultation.

Generally, the causes that motivate it are mostly degenerative-arthritis or traumatic; however sometimes they are the manifestations of other types of diseases.

We present the case of a 45-year-old male patient who debuted due to a right coxalgia of 2 months of evolution and who after performing the different complementary tests confirmed the existence of a stage IV lung adenocarcinoma with metastasis in the right hip.

© 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jmherper@hotmail.com (J.M. Hernández Pérez).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2018.037>

2254-5506 / © 2018 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Varón de 45 años de edad, con antecedentes personales de anafilaxia por veneno de himenóptero y sin hábitos tóxicos.

Acude al Servicio de Urgencias del hospital remitido desde el centro de salud por coxalgia derecha. El paciente explica que la sintomatología comenzó hace 2 meses y que ha consultado a su médico de familia en varias ocasiones por este motivo. Ha sido tratado con analgésicos y antiinflamatorios sin éxito: paracetamol (1 g/8 horas), metamizol (575 mg/12 horas) y tramadol (50 mg/12 horas).

En la exploración física destaca un buen estado general, con saturación de oxígeno basal de 96 %; en la auscultación pulmonar se objetiva una disminución del murmullo vesicular en el tercio inferior del hemitórax derecho, aumento de la transmisión vocal en esa localización y percusión mate, que sugiere la presencia de un derrame pleural. En la exploración de la cadera derecha no presenta dolor con la palpación y presión sobre la articulación, ni dolor con la rotación externa, pero sí dolor y resistencia a la rotación interna; no refiere dolor con la aducción del miembro inferior derecho, pero sí en la cara interna de muslo derecho. El resto de la exploración física no muestra otras alteraciones.

Como consecuencia de los hallazgos encontrados durante la exploración, se realiza radiografía de tórax (Fig. 1). En ella se pone de manifiesto la existencia de un derrame pleural derecho y un aumento de densidad, que corresponde al lóbulo superior derecho.

En el hemograma la hemoglobina es de 14,7 g/dl; leucocitosis (15.880) con predominio de neutrófilos (83,4 %) y trombocitosis (384.000); las funciones renal y hepática y los iones son normales.

La radiografía de la cadera derecha no muestra alteraciones significativas.

Como consecuencia de la presencia de derrame pleural no filiado, se realiza una toracocentesis diagnóstica con los siguientes resultados: pH 7,51, hematíes 7.000, leucocitos 3.078 (97 % mononucleares), glucosa 91 mg/dl, LDH 602 U/L, proteínas 6 g/L. Todo ello concuerda con la existencia de un exudado pleural.

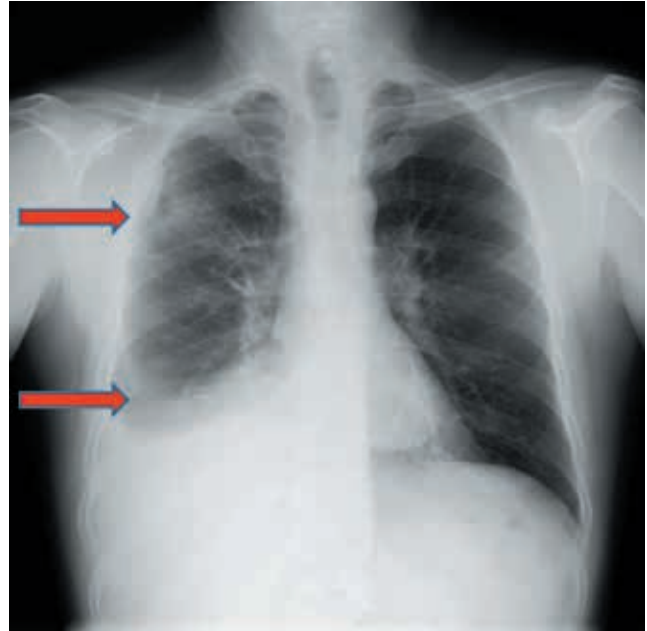


Figura 1 - Radiografía de tórax posterior-anterior: se observa aumento de la densidad en el lóbulo superior derecho con pinzamiento del ángulo costo-frénico derecho (flechas rojas).

Posteriormente se realiza tomografía axial computerizada (TAC) de tórax, en la que se confirma la existencia de un derrame pleural derecho (Fig. 2), además de una masa pulmonar que contacta y retrae la pleura ipsilateral; en los cortes pélvicos se observa en la cadera derecha la existencia de varias lesiones sugestivas de metástasis (Fig. 3).

Se efectúa una gammagrafía ósea, cuyo informe refiere la presencia de acúmulos patológicos en la pala iliaca derecha, el sacro, el trocánter mayor derecho y el décimo arco costal

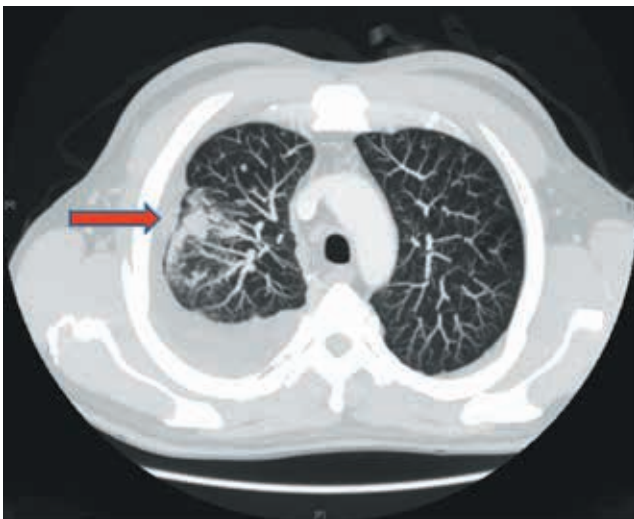


Figura 2 - TAC de tórax (ventana pulmonar): se aprecia derrame pleural derecho de moderada cuantía y características atípicas, junto con un aumento de densidad localizada en el lóbulo superior derecho (flecha roja).



Figura 3. TAC pélvica (cortes coronales): se aprecian lesiones osteolíticas en el trocánter derecho (flechas rojas), sugestivas de metástasis.

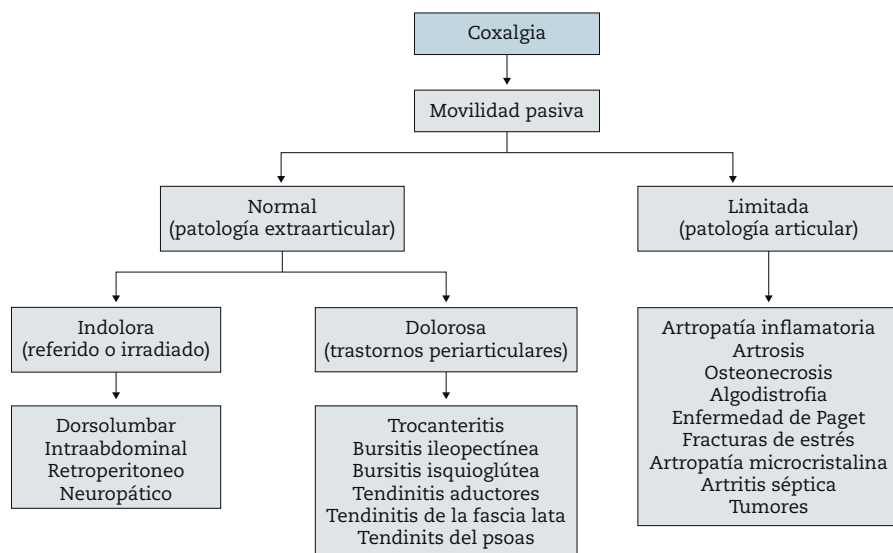


Figura 4 – Diagnóstico diferencial de la coxalgia según la movilidad³.

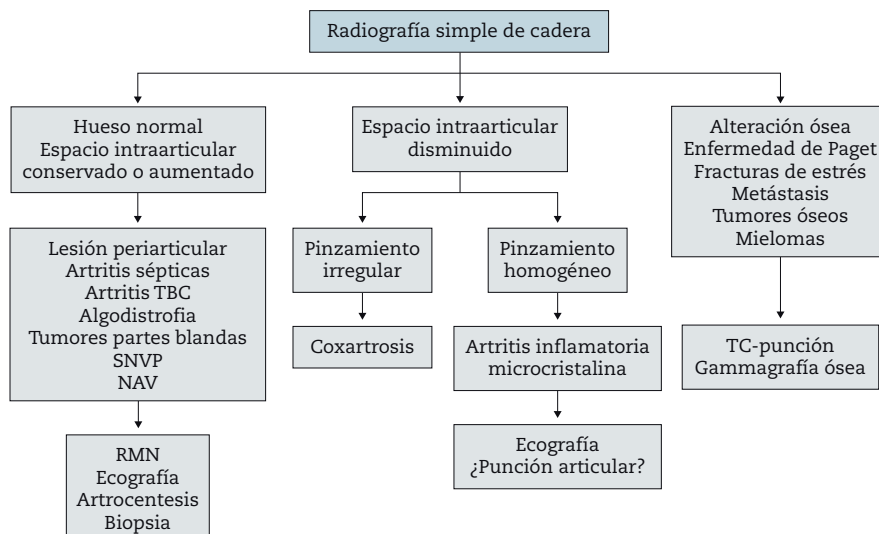


Figura 5 – Diagnóstico diferencial según los hallazgos en la radiografía simple de cadera³.

izquierdo, sugestivos de metástasis óseas en el contexto clínico del paciente.

En el estudio anatomopatológico del líquido pleural se confirma el diagnóstico de adenocarcinoma de pulmón.

Comentario

Cuando un paciente presenta una coxalgia, sobre todo en adultos, la principal causa (si excluimos el antecedente traumático) es la artrosis¹; constituye la enfermedad reumática más frecuente y la principal causa de invalidez en los países desarrollados².

Sin embargo, debemos sospechar otro origen cuando están presentes algunos signos al explorar la movilidad pasiva o al encontramos alteraciones en la radiografía simple de la cadera (Figs. 4 y 5)³, que obligan a descartar causas menos frecuentes, como otras enfermedades inflamatorias o el origen neoplásico³.

Los datos son escasos en cuanto a la prevalencia de la coxalgia. Un estudio en población estadounidense halló una prevalencia de 14,3 %⁴, mayor en la población deportista⁵.

En el caso descrito, nuestro paciente debutó con una coxalgia debida a la presencia de lesiones metastásicas en el trocánter derecho junto con síntomas de los denominados de alarma. Gracias a llevarse a cabo una exploración física exhaustiva y completa se pusieron de manifiesto otras alteraciones que se estudiaron posteriormente con pruebas de imagen. Todo ello obtuvo el diagnóstico de carcinoma broncopulmonar con metástasis óseas, en un paciente sin hábito tabáquico previo.

El cáncer de pulmón presenta hasta en 30-40 % de los casos enfermedad ósea⁶, lo que conlleva una mediana de supervivencia en torno a los 6 meses⁷. La columna vertebral es la localización más frecuente de metástasis óseas (50 %) en pacientes con cáncer de pulmón, seguida de las costillas (27 %), mientras que las lesiones en los huesos planos son infrecuentes (6 %)⁸.

El principal síntoma de la afectación ósea metastásica es el dolor⁹, debido principalmente a las lesiones osteolíticas que des-

truyen el hueso. Una sospecha de afectación ósea metastásica en el carcinoma broncogénico obliga a realizar pruebas de imagen, como radiografías, TAC o RMN de las localizaciones donde se sospecha¹⁰. La gammagrafía ósea ayuda a confirmar y evaluar la extensión de las lesiones¹¹; posee alta sensibilidad (93,3 %) pero una especificidad menor (78,7 %), ya que puede dar falsos positivos en situaciones de hipermetabolismo óseo. Por ello, la técnica que ofrece mayor sensibilidad (83 %) y especificidad (90 %) es la tomografía por emisión de positrones (PET-TAC)¹².

Ya que existe enfermedad avanzada la terapia se basa principalmente en tratamiento sintomático del dolor mediante analgesia; si es refractario se puede llegar a utilizar radioterapia.

Nuestra actitud frente a una coxalgia debe sobre todo encaminarnos a discernir las causas menos frecuentes y quizás más graves basándonos en una exploración física completa; ante la mínima sospecha debemos solicitar las pruebas complementarias oportunas para descartar otros orígenes que muchas veces pueden pasar desapercibidos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- De la Rosa Ruiz D, Tejedor Varillas A. Síndrome de cadera. *AMF*. 2014; 10: 204-11.
- Benito P. Artrosis. Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. En: Blanco García F, ed. *Manual SER de las Enfermedades Reumáticas*. 4ª ed. Madrid: Panamericana; 2010.
- García Vivar ML, Aguirregoikoa G, García Llorente JF, Aranburu Albizuri JM. Protocolo diagnóstico de cadera dolorosa. *Medicine*. 2009; 10: 2229-32.
- Coleman RE. Metastatic bone disease: Clinical features, pathophysiology and treatment strategies. *Cancer Treat Rev*. 2001; 27: 165-76.
- Christmas C, Crespo CJ, Franckowiak SC, Bathon JM, Bartlett SJ, Andersen RE. How common is hip pain among older adults? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *J Fam Pract*. 2002; 51: 345-8.
- Braun P, Jensen S. Hip pain - a focus on the sporting population. *Aust Fam Physician*. 2007; 36: 406-8,410-3.
- Vincent S, Perurena N, Govindan R, Lecanda F. Bone metastases in lung cancer. *Am J Respir Crit Care Med*. 2015; 192: 799-809.
- Sugiura H, Yamada K, Sugiura T, Hida T, Mitsudomi T. Predictors of survival in patients with bone metastasis of lung cancer. *Clin Orthop Relat Res*. 2008; 466: 729-36.
- Tsuya A, Kurata T, Tamura K, Fukuoka M. Skeletal metastases in nonsmall cell lung cancer: a retrospective study. *Lung Cancer*. 2007; 57: 229-32.
- Kosteva J, Langer C. The changing landscape of the medical management of skeletal metastases in nonsmall cell lung cancer. *Curr Opin Oncol*. 2008; 20: 155-61.
- De Souza NM, Liu Y, Chiti A, Oprea-Lager D, Gebhart G, Van Beers BE, et al. Strategies and technical challenges for imaging oligometastatic disease: Recommendations from the European Organisation for Research and Treatment of Cancer imaging group. *Eur J Cancer*. 2008; 91: 153-63.
- Garzón Garzón T, Riera Nadal N, Sequeira Aymar E. Paciente de 71 años con dolor óseo: a propósito de un caso. *MEDIFAM*. 2002; 12: 453-6.
- Reed CE, Harpole DH, Posther KE, Woolson SL, Downey RJ, Meyers BF, et al. Results of the American College of Surgeons Oncology Group Z0050 trial: the utility of positron emission tomography in staging potentially operable non-small cell lung cancer. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2003; 126: 1943-51.