

# «Doctora, el cuello me está matando». Un paciente con metástasis

“Doctor, my neck is killing me”. A patient with metastasis

Martina Saneleuterio Temporal<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. CSI de Cullera. Cullera. Valencia (España)

## CORREO ELECTRÓNICO:

Martina Saneleuterio Temporal.  
martinasane@gmail.com

Recibido el 23 de agosto de 2024.  
Aceptado para su publicación el  
2 del diciembre de 2024

## RESUMEN

El cáncer de pulmón es de las primeras causas de muerte por neoplasias en el mundo. Sus manifestaciones son variadas. Se presenta un caso clínico donde se cuenta la experiencia médica de una presentación poco habitual de este cáncer: la cervicgia por metástasis. Se comenta el proceso de diagnóstico, tratamiento y acompañamiento posterior que recibió el paciente hasta su muerte. Se concluye que se debe prestar atención a los síntomas banales persistentes.

**Palabras clave:** cáncer de pulmón; metástasis; cuidados paliativos.

## ABSTRACT

Lung cancer is one of the leading causes of death from neoplasms in the world. Its manifestations are varied. We report a case study where the medical experience of an unusual presentation of this cancer is recounted: neck pain due to metastasis. We discuss the process of diagnosis, treatment and subsequent support that the patient received until his death. It was concluded that attention should be paid to chronic trivial symptoms.

**Keywords:** lung cancer; metastasis; palliative care.

## INTRODUCCIÓN

El dolor cervical (cervicgia) es un motivo de consulta muy habitual en las consultas de Atención Primaria<sup>1</sup>. Tras una breve anamnesis, y en muchas ocasiones sin la necesidad de pruebas complementarias, se suele llegar al diagnóstico de una cervicgia mecánica-degenerativa que se resuelve fácilmente con una analgesia básica y fisioterapia. Se comunica el caso de un paciente con dolor cervical intenso de origen no tan banal como cabría suponer.

## CASO CLÍNICO

Se presentó un hombre 72 años con cervicgia desde hacía unos días de intensidad moderada que no cedía con la toma de paracetamol. El paciente tenía los siguientes antecedentes médicos personales: hipertensión, hipercolesterolemia y había sufrido un infarto de miocardio 3 años atrás. Como hábitos tóxicos, era exfumador desde hacía 10 años. En la exploración, destacaba un dolor a la rotación derecha del cuello y contractura de la musculatura paravertebral del mismo lado, posiblemente por la tendencia a posturas antiálgicas. Después de descartar cualquier tipo de esfuerzo o antecedente laboral, se atribuyó a problemas con la almohada que utilizaba. El primer escalón de tratamiento fue un antiinflamatorio y un relajante muscular.

A los 3 días, acudió de nuevo refiriendo que había tenido que ir a urgencias para que le administraran una inyección porque no soportaba el dolor. Dado que mejoraba con la metilprednisolona intramuscular que se le pautó en urgencias, se consideró la posibilidad de que fuera una hernia y se le prescribieron corticoides descendentes y se solicitó también una radiografía. En la radiografía cervical aparecía artrosis leve, aunque la densidad del cuarto cuerpo vertebral no era homogénea.



El contenido de la Revista Clínica de Medicina de Familia está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0

La rareza del cuadro residía en que no relataba un dolor crónico de años de evolución, como suele suceder en las hernias.

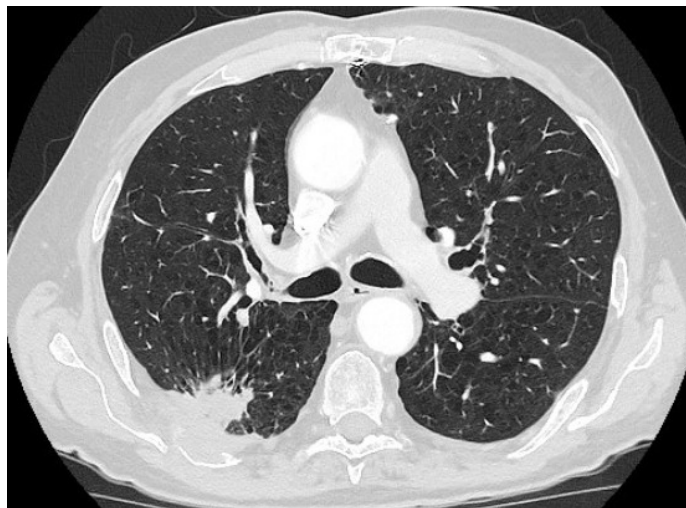
Durante ese mes frecuentó en numerosas ocasiones la consulta de Atención Primaria y el servicio de urgencias; por ello, la escalada analgésica fue rápida. No dejaba de necesitar metilprednisolona, que se administró, a veces, en contra del criterio médico, por súplica del paciente.

El mes siguiente, acudió a la consulta por un nuevo motivo: una lesión cutánea en cuero cabelludo, revisada hacía 2 meses y, entonces, sin aparente importancia, ahora parecía ser un carcinoma epidermoide avanzado. En ese momento, se sospechó que la lesión cutánea y la cervicalgia estaban relacionados.

Se revisaron minuciosamente todos los informes y pruebas de imagen antiguos del paciente. En efecto, en una de las tomografías que se había realizado por una intervención quirúrgica previa no relacionada se detectó un nódulo pulmonar solitario en el lóbulo inferior derecho. En el informe radiológico se recomendaba seguimiento y valoración por cirugía torácica. El paciente no recordaba bien esta recomendación, que pasó desapercibida al no tener un médico de cabecera asignado en aquel momento.

Con este hallazgo, fue remitido directamente a neumología, y se confirmó el diagnóstico de una neoplasia pulmonar en una nueva tomografía (figura 1).

**Figura 1.** Neoplasia pulmonar en lóbulo inferior derecho que infiltra la pared torácica



La neumóloga reunió las pruebas para el estadio (IVb), y así comenzó urgentemente con radioterapia cervical en oncología. El pronóstico era sombrío.

La radioterapia paliativa cervical alivió el síntoma principal: el paciente pudo descansar del dolor y comenzar los ciclos de quimioterapia.

Se extirpó la lesión cutánea y otras dos más que habían aparecido en el brazo y en el cuello, del mismo lado que el cáncer de pulmón, confirmando el diagnóstico de metástasis.

Las siguientes semanas transcurrieron entre citas con la oncóloga, llamadas telefónicas y visitas a domicilio. Fueron solucionándose o paliándose los problemas que iban surgiendo, también con la ayuda de la esposa del paciente: estreñimiento, anorexia, caquexia, dolor, ansiedad. Tras el segundo ciclo de quimioterapia, los resultados no fueron buenos: habían aparecido nuevas metástasis óseas, por lo que se decidió interrumpir los tratamientos curativos. Un mes después, fallecía.

## DISCUSIÓN

Para llegar al diagnóstico, se pasó por valorar los orígenes del tumor primario que con más frecuencia da metástasis cervicales: el cáncer situado en orofaringe<sup>2</sup>. Podía ser plausible, dado el antecedente fumador del paciente, salvo porque en el estadio avanzado de estos cánceres ya se deben haber dado otros síntomas más característicos.

En el análisis de la biopsia de la lesión cutánea se confirmó el adenocarcinoma, siendo la histología de metástasis más frecuente<sup>3</sup>.

Una vez conocido el diagnóstico, se optó inmediatamente por la radioterapia paliativa localizada en los cuerpos cervicales frente a cirugía, ya que la esperanza de vida era menor de 12 meses<sup>4</sup>; en este caso fueron 5 meses.

Un elemento clave en el retraso diagnóstico fue la falta de comunicación entre los distintos niveles asistenciales. La fragmentación de la información clínica y la falta de seguimiento pueden conducir a omisiones críticas en el cuidado del paciente. Este retraso en el diagnóstico pudo tener consecuencias significativas en el pronóstico del paciente. Si se hubiera actuado oportunamente sobre el hallazgo incidental del nódulo pulmonar, es posible que el cáncer se hubiera detectado en una etapa más temprana, aumentando las opciones terapéuticas y mejorando la supervivencia y calidad de vida.

En conclusión, este caso enfatiza la necesidad de mantener un alto índice de sospecha clínica y de considerar diagnósticos menos comunes en pacientes que no responden al tratamiento habitual. La comunicación efectiva entre los diferentes profesionales de la salud y una revisión exhaustiva de la historia clínica y pruebas previas son esenciales para evitar retrasos diagnósticos que puedan afectar negativamente el pronóstico del paciente.

## AGRADECIMIENTOS

Se obtuvo el consentimiento escrito de los familiares del paciente para la publicación de este artículo.

## CONSIDERACIONES

Se han tenido en cuenta las recomendaciones del CARE Statement en la redacción de este caso clínico.

## CONFLICTO DE INTERESES

La autora de este artículo declara no tener conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Daher M, Fares MY, Boufadel P, Zalaquett Z, Koa J, Sakr I, et al. Untwining the intertwined: a comprehensive review on differentiating pathologies of the shoulder and spine. *JSES Rev Rep Tech*. 2024;4(3):385-92. DOI: 10.1016/j.xrrt.2024.02.007.
2. Boettiger BP, Rey DI, Salazar FC, Marqués HM, Zamorano SR. Metástasis cervical con primario desconocido, cambios en los paradigmas. Revisión sobre el enfrentamiento clínico, estudio y tratamiento. *Rev Otorrinolaringol Cir. Cabeza Cuello*. 2020;80(3):367-75.
3. Senra ALA, Menéndez PR. Identification of the primary tumor in patients with metastases presenting as cancer. *Rev Cubana Med*. 2014;53(4):402-16.
4. Garbar V, Richter S. Palliative Radiation Therapy For Bone Metastases. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2024 Mar 10.