



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

423/19 - LA CARA OCULTA DE LA DISFONÍA

M. Cano Gómez¹, M. Morales Santos², J. Mármol Cantero³, B. Morales Franco⁴, E. Carrasco Carrasco⁵

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. Cieza. Murcia, ²Médico Adjunto. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. Cieza, ³Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. Cieza. Murcia, ⁴Médico Adjunto. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. Cieza, ⁵Médico adjunto. Centro de Salud Abarán. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 51 años acude a urgencias por dolor dorso-lumbar de características mecánicas de unos 5 días de evolución, en tratamiento con antiinflamatorios sin control del dolor. Cuadro acompañado de tos seca y mucosidad desde hace un mes aproximadamente. Refiere disfonía de unos 3 meses de evolución. Fue derivado a otorrino quién descartó patología de su área. Ligera astenia las últimas semanas. Comenta pérdida de peso no cuantificada. Afebril. Sin otros síntomas en la anamnesis por aparatos. Antecedentes personales: sin alergias conocidas. Fumador activo: 20 cigarrillos/día desde hace 20 años, sin otros hábitos tóxicos. Vive en medio rural. Trabaja en el sector hortofrutícola. Sin otros antecedentes médico-quirúrgicos de interés.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. TA 113/74. Saturación basal 95% respirando aire ambiente. FC 81 lpm. ACP: rítmico y sin soplos audibles. Murmullo vesicular ligeramente disminuido, sin roncus ni sibilantes. ORL: faringe hiperémica, sin placas ni exudados. Abdomen: blando, depresible, sin masas ni megalias. No doloroso, sin signos de irritación peritoneal. Lumbar: doloroso a la palpación de músculos paravertebrales lumbares bajos. No apofisalgia. Movilidad limitada por el dolor. MMII: sin edemas ni signos de TVP. NRL: Glasgow 15. PC conservados y simétricos. Fuerza y sensibilidad conservadas. Sin focalidad aguda. Analítica de urgencias sin alteraciones. Rx tórax: opacidad de márgenes bien definidos localizada en segmento apical del lóbulo superior izquierdo. Nódulo pulmonar a estudio. Ante estos hallazgos se realiza TC toraco-abdominal con contraste con los siguientes resultados: Tórax: se observan masa pulmonar localizadas en el LSI de 3,9 × 4,3 cm con áreas de necrosis interna. Se objetivan adenopatías hiliares izquierdas. Conglomerado adenopático en el área mediastínica, de unos 4 × 5 cm con áreas hipodensas en su interior, sugestivas de necrosis que se extiende al espacio paratraqueal izquierdo. Sin derrame pleural ni pericárdico. Abdomen: a nivel hepático lesión focal, de 17 mm, con bordes mal definidos, localizada en el segmento IV. Hallazgos sugestivos de metástasis. Hueso: lesión osteolítica de 3 × 2 cm en el cuerpo vertebral de T12, compatible con metástasis ósea.

Juicio clínico: Neoplasia pulmonar.

Diagnóstico diferencial: Absceso pulmonar. Neumonía redonda u organizada. Quiste broncogénico o hidatídico.

Comentario final: La importancia de una anamnesis y exploración exhaustiva, pues es imprescindible para llegar a un diagnóstico precoz, que en casos como el que nos ocupa es clave para el tratamiento y el aumento de la supervivencia. Estudiar la sintomatología persistente aunque en principio nos parezca banal, especialmente en pacientes con factores de riesgo, al margen de su edad, y con mayor importancia en pacientes con hábitos tóxicos y/o patología de base. Recordar la importancia de motivar a nuestros pacientes para el abandono del tabaco, proporcionándoles herramientas e información. Así mismo, la prevención desde edades tempranas y concienciar a la población en general.

Bibliografía

Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2015.

Tárraga Rodríguez I, et al. Nódulo Pulmonar Solitario. Medicina Integral. 2003;41:115-82.