



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 264/137 - LA IMPORTANCIA DE LA PREGUNTA

E. Sánchez Hernica<sup>a</sup>, E. Calatrava López-Ronco<sup>b</sup>, E. Sicilia Barea<sup>c</sup>, I. Villalobos Millán<sup>d</sup>, A. Terrón Sánchez<sup>d</sup> y M. Rojas Martínez<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés-Torcal. Málaga. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Málaga. <sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés-Torcal. Málaga. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Teatinos-Colonia Santa Inés. Málaga. <sup>e</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 66 años, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, EPOC moderado, ACV, enfermedad de Alzheimer, epilepsia, insuficiencia renal crónica y diverticulosis colónica. Fumador de 60 paquetes/año. Trabajador en la realización de túneles y en la construcción. En tratamiento con memantina, doxazosina, trazodona, amlodipino, furosemida, AAS, zonisamida, citalopram, lacosamida y omeprazol. Acude a consulta de atención primaria por síntomas catarrales de 5 días de evolución, fiebre de hasta 38,5 °C y tos con expectoración verdosa. Disnea de esfuerzos grado I, no dolor torácico.

**Exploración y pruebas complementarias:** A la exploración, BEG, COC, BHyP, eupneico en reposo y con el discurso. T<sup>ax</sup> axilar 37,3 °C. CyC: faringe normal. Otoscopia bilateral normal. AC: Tonos rítmicos sin soplos. AR: MVC, sin roces ni ruidos sobreañadidos. Abdomen anodino. EEII: no edemas ni signos de TVP. Se diagnostica de IR no condensante, y se trata con levofloxacino durante 7 días. Un mes después, paciente acude para renovación de medicación, y al preguntarle sobre su estado de salud cuenta que persiste con tos con expectoración herrumbrosa, a veces sanguinolenta, sin asociar fiebre ni otra clínica. Se solicita Rx tórax ambulatoria, evidenciándose masa en lóbulo superior derecho, no objetivada en radiografía previa 5 meses antes. Ante este hallazgo, paciente es derivado al servicio de Neumología. AS: sin alteraciones. Rx tórax: masa en lóbulo superior derecho. ECG ritmo sinusal a 49 lpm, sin alteraciones de la repolarización. TAC craneal: lesiones hipodensas en cápsula interna derecha, compatibles con infartos lacunares. Resto sin alteraciones. TAC tórax y abdomen superior: enfisema moderado paraseptal en lóbulos superiores. Masa de 4,7 cm en LSD, con contracción de pleura visceral. Adenopatías mediastínicas mayores de 1 cm en espacio cavotraqueal. Nódulo hipodenso de 2,5 cm en espacio cervical posterior izquierdo, que plantea duda de adenopatía. Granuloma calcificado en LII. Nódulo subpleural < 3 mm en LSI. Abdomen sin alteraciones significativas. Cambios degenerativos en columna dorsal. PFR: FVC 3.430 ml (82%), FEV1 2.520/76%), FEV1%/FVC 73,5%. Fibrobroncoscopia: BAS, cepillado, PAAF negativos para células neoplásicas. Juicio endoscópico normal. PET: masa pulmonar hipermetabólica de 5 cm en segmento posterior de LSD, con adenopatía hipermetabólica paratraqueal derecha, sugestivo de malignidad. Adenopatías de grado metabólico moderado en ventana aortopulmonar, sugestivas de patología inflamatoria.

**Juicio clínico:** Cáncer de pulmón T2 N2-3 M0. Estadio IIIB.

**Diagnóstico diferencial:** Absceso pulmonar, neumonía redonda, quiste hidatídico, sarcoidosis, infarto pulmonar, atelectasia redonda,

**Comentario final:** La importancia de la AP en el diagnóstico y tratamiento precoz de enfermedades relevantes es fundamental. Una buena anamnesis, una exploración física detallada y las pruebas complementarias procedentes pueden darnos el diagnóstico precoz de una enfermedad larvada. En este caso, al preguntarle activamente al paciente sobre su estado de salud, nos informa que persiste con tos y expectoración, algo a lo que él no daba mucha importancia, y que hizo que se le realizara el diagnóstico correcto.

## **Bibliografía**

1. Travis WD, Brambilla E, Noguchi M, et al. Asociación internacional para el estudio del cáncer de pulmón/ American Thoracic Society/Sociedad Respiratoria clasificación internacional multidisciplinario europeo del adenocarcinoma de pulmón. J Thorac Oncol. 2011;6 244.