



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/1942 - NO HACER NADA TAMBIÉN ES DECIDIR

E. Vejo Puente^a, L. Campo Alegría^b, A. Villaverde Lland^c, V. González Novoa^d, S. Quintana Cabieces^e y S. Iglesias Gutiérrez^f

^aMédico Residente de Farmacología. Médico de Familia. Hospital Universitario Valdecilla. Santander. Cantabria.

^bMédico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de Burgos. ^cMédico de Familia. SUAP Miranda Este. Miranda de Ebro. Burgos. ^dFEA Rehabilitación. Hospital Universitario Valdecilla. Santander. Cantabria.

^eMédico Residente de Rehabilitación. Médico de Familia. Hospital Universitario Valdecilla. Santander. Cantabria.

^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Gerencia de Atención Primaria de Burgos.

Resumen

Descripción del caso: Varón 57 años, ex-fumador, HTA, trasplante renal por GN no biopsiada, neumoconiosis crónica con fibrosis pulmonar grave; múltiples ingresos por infección respiratoria. Tratamiento: tacrolimus 4 mg, micofenolato 500 mg, alopurinol 50 mg, mometasona, tiotropio y olodaterol. Comienza con clínica de infección respiratoria por lo que su Médico de Atención Primaria inicia tratamiento con cefditoreno, a pesar de lo cual la expectoración aumenta, se vuelve verdosa y aumenta la disnea hasta hacerse de mínimos esfuerzos. Refiere dolor en hemitórax derecho y síndrome general. Tratado de forma empírica con levofloxacino, con evolución tórpida y empeoramiento de su disnea.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes en rango, satO₂ 85% (basal). AC rítmica, sin soplos; AP: roncus dispersos y algún sibilante en campos anteriores; resto normal. Hemograma, bioquímica y coagulación sin hallazgos llamativos. Cultivo esputo: flora bacteriana mixta. Rx tórax: grandes conglomerados fibróticos con calcificaciones en lóbulos superiores; signos de atrapamiento aéreo. TAC arterias pulmonares: descarta TEP. Silicosis en fase de fibrosis masiva progresiva. Pequeñas condensaciones basales izquierdas. PET: masa pulmonar derecha, gran conglomerado adenopático adyacente. Biopsia: linfoma B difuso de células grandes.

Juicio clínico: Linfoma B difuso de células grandes IIIB, MYC+ y BCL-2+.

Diagnóstico diferencial: Infección respiratoria. Progresión patología de base. Tumoración pulmonar. Mesotelioma.

Comentario final: Ante un diagnóstico de estas características, en un paciente inmunodeprimido en el contexto del trasplante renal y con las comorbilidades asociadas, se precisa además de reducir la inmunosupresión, un tratamiento de poliquimioterapia que incluye fármacos cardiotoxicos (doxorubicina y ciclofosfamida), períodos de neutropenia y alto riesgo de sobreinfección especialmente a nivel pulmonar. Por su neumoconiosis pulmonar grave, progresiva e irreversible está contraindicado iniciar cualquier tipo de tratamiento quimioterápico. Quimioterapia a dosis más bajas tiene idénticos riesgos en cuanto a complicaciones infecciosas y ningún beneficio curativo. Se

informa al paciente de la situación y opciones terapéuticas, y comprende que la mejor elección es un tratamiento sintomático bajo la colaboración de su Médico de Atención Primaria y el Servicio de Cuidados Paliativos.

Bibliografía

1. Conconi A, Lobetti-Bodoni C, Montoto S, et al. Life expectancy of young adults with follicular lymphoma *Ann Oncol.* 2015;26(11):2317-22.
2. Swerdlow SH, Campo E, Pileri SA, et al. The 2016 revision of the WHO classification of lymphoid neoplasms. *Blood.* 2016;127(20):2375-90.

Palabras clave: Neumoconiosis. Linfoma. Paliativo.