



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/3417 - ¡UNA ATELECTASIA SIEMPRE TIENE ALGO QUE ESCONDER!

D. Gil Loayza<sup>a</sup>, I. Campuzano Juárez<sup>b</sup>, E. Shimabukuro Higa<sup>c</sup>, N. Rodríguez Panedas<sup>d</sup>, E. Hernández Pérez<sup>e</sup> y J. Santos Plaza<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias. Valladolid. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza del Ejército. Valladolid. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huerta del Rey. Valladolid. <sup>d</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Parquesol. Valladolid. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias 2. Valladolid. <sup>f</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias II. Valladolid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 67 años sin alergias conocidas. Antecedentes personales: Exfumador desde hace 2 años. Infarto agudo de miocardio 2015, hipoacusia. Acude a su médico de cabecera por tos no productiva de tipo irritativa de 2 meses de evolución asociado a astenia y dolor costal derecho que no responde a tratamiento sintomático ni antibiótico, por lo cual se le pide una Rx tórax y se deriva a Urgencias hospitalarias.

**Exploración y pruebas complementarias:** T<sup>a</sup>: 36,3 °C. TA: 132/73, FC: 81, FR: 16, SatO<sub>2</sub>: 96%. AC: Ruidos cardiacos rítmicos. AP: MV disminuido e hipofonía en base pulmonar derecha. Algún crepitante disperso. Hemograma: leucocitos 8.700 (neutrófilos 71,5%), hemoglobina 13,2, plaquetas normales. Coagulación normal. PCR: 34. Resto anodinio. Rx tórax: elevación diafragmática derecha por atelectasia en LID y/o derrame pleural derecho. TC tóraco-abdominal: gran masa hilar derecha con afectación mediastínica amplia, con afectación de vasos mediastínicos y compresión del bronquio del LID. Compatible con neoplasia pulmonar en estado avanzado (estadio IV). Derrame pleural derecho. Posible linfangitis carcinomatosa. Hígado metastásico. Adenopatías de aspecto metastásico retroperitoneales. Masa suprarrenal izquierda de aspecto metastásico.

**Juicio clínico:** Atelectasia en lóbulo inferior derecho. Adenocarcinoma pulmonar metastásico en estadio IV.

**Diagnóstico diferencial:** Neumonía LID, derrame pleural, tuberculosis pulmonar.

**Comentario final:** La atelectasia es la disminución del volumen pulmonar, es causada por una obstrucción de las vías aéreas (bronquios o bronquiolos) o por presión en la parte externa del pulmón. Es debida a diferentes enfermedades pulmonares o extrapulmonares, por lo que más que una enfermedad en sí, es una manifestación de una patología pulmonar subyacente. Por lo cual siempre que veamos una atelectasia habrá que ampliar estudio para determinar la causa que lo provoque. En el caso de nuestro paciente se trataba de un cáncer pulmonar metastásico, cuyo estudio de ampliación precisó un TC tóraco-pulmonar y una broncoscopia, ya que la Rx tórax sólo

mostraba una atelectasia en lóbulo inferior derecho y la clínica era muy inespecífica.

### **Bibliografía**

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Compendio de Medicina de Urgencias: guía terapéutica, 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2016.
2. <http://www.merckmanuals.com/es-us/hogar/trastornos-del-pulm%C3%B3n-y-las-v%C3%ADas-respiratorias/bronquiectasia-y-atelectasia/atelectasia>

**Palabras clave:** Atelectasia. Derrame pleural. Masa pulmonar.