



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



482/1689 - CATARRO DE UN MES DE EVOLUCIÓN QUE NO MEJORA

F. López Segura¹, E. Velasco Doña² y A. Leyva Alarcón²

¹Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuentezuelas. Jaén. ²Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Felipe. Jaén.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 58 años que acudió por disnea y tos seca desde hacía 4 días, expectoración ocasional y mucosidad que no movilizaba adecuadamente. Inicialmente se pautó tratamiento sintomático. Sin embargo, volvió a consultarnos un mes después sin mejoría alguna, incluso empeoramiento. Se solicitó radiografía de tórax donde observamos imagen sospechosa de malignidad. Insistiendo en anamnesis refería pérdida de peso de 8 kilos en los últimos meses, disnea a mínimos esfuerzos y en la última semana se le hinchaban los pies. Cinco meses antes nos había consultado por dolor en hombro izquierdo, se le realizaron radiografías sin hallazgos patológicos. Se derivó a Neumología para completar estudio, confirmándose el diagnóstico.

Exploración y pruebas complementarias: Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos sin soplos ni extratonos. Murmullo vesicular ligeramente abolido de forma generalizada y sibilancias dispersas en ambos hemitórax, más acentuados en base izquierda. Saturación de oxígeno en consulta: 90%. Analítica: Hemograma normal, Coagulación: discretamente normal. Gasometría arterial: pH 7,47, pO₂ 71,8 mmHg, pCO₂ 33 mmHg, SatO₂ 94%. Radiografía de tórax: imagen condensativa/nodular hilio izquierdo. TAC tórax: masa pulmonar parahiliar izquierda, sólida, con diámetro máximo de 8cm (en cortes axiales), extensión mediastínica, LSI y LII, infiltraba bronquio del LSI, englobando BPI a 3 cm de carina y bronquio lobar inferior izquierdo, así como segmentario. Englobaba arteria pulmonar principal izquierda y ramas lobares, con aparente infiltración de arteria lobar superior izquierda y segmentaria correspondiente a segmento apical de LII. Infiltraba vena pulmonar inferior izquierda, con extensión a AI. Desdibujaba plano graso con aorta descendiente de 180°. Adenopatía prevascular izquierda de 1cm de eje corto. Fibrobroncoscopia: infiltración por celularidad neoplásica de alto grado, de patrón sólido no célula pequeña con componente mucinoso compatible con carcinoma.

Orientación diagnóstica: Carcinoma pulmonar mucinoso no célula pequeña.

Diagnóstico diferencial: Infección respiratoria, neumonía, asma, neoplasia.

Comentario final: En atención primaria es fundamental destacar la importancia de un adecuado seguimiento del paciente, del control evolutivo incluso de un catarro “banal” y la rapidez de actuación, derivando para pruebas complementarias tras mínima sospecha de gravedad y tras haber realizado aquellas pruebas de las que disponemos en la consulta.

Bibliografía

1. Lababede O, Meziane M, Rice T. Seventh edition of the cancer staging manual and stage grouping of lung cancer: quick reference chart and diagrams. *Chest*. 2011;139:183-9.

Palabras clave: Tos. Cáncer de pulmón.