



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 283/106 - INUSUAL PRESENTACIÓN DE UN ADENOCARCINOMA DE PULMÓN

S. Blasco Muñoz<sup>a</sup>, A. Salas Sola<sup>b</sup>, M. Conesa Espejo<sup>c</sup>, C. Sánchez Pérez<sup>c</sup>, A. Piñana López<sup>d</sup> y J. Fernández Lorencio<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Oeste. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Este. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio Peral. Murcia. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Cartagena Oeste. Murcia. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Barrio Peral. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón 69 años. AP: HTA, Dislipemia, Hiperuricemia, Exfumador desde hace 12 años, Miocardiopatía dilatada idiopática con disfunción ventricular moderada. Consulta en Atención Primaria por tos, expectoración herrumbrosa y alguna hebra hemática, disnea y febrícula, de 10 días evolución. Tratamos con Augmentine 875/125 y broncodilatadores inhalados. Tras una semana sin mejoría se solicita analítica y radiografía. Tras los hallazgos, se deriva a Urgencias e ingresa en Neumología por Neumonía adquirida en la comunidad bilateral. A los 10 días tras el alta, consulta por empeoramiento de tos y disnea que no tolera decúbito, asociado a mareo e hipotensión. De nuevo remitido para ingreso en Neumología dónde inician levofloxacin, y esteroides con resolución del infiltrado izquierdo, pero ante la persistencia del infiltrado en base derecha se decide continuar estudio.

**Exploración y pruebas complementarias:** T<sup>a</sup>: 36,6 °C, Sat O<sub>2</sub>: 93-95%, BEG, AC: rítmico AP: ligera hipofonosis en campo pulmonar derecho, con sibilantes. Analítica: Creat: 1,15, PCR: 5,3, NT-pro BNP: 668 Hb: 12,8, Htco: 37,1, leucocitos: 9.250 (neutrófilos: 6.550, linfocitos: 1.340. Rx tórax: infiltrado difuso bilateral. TAC tórax: proceso neoproliferativo, probablemente primario pulmonar en LSD, con carcinomatosis linfangítica asociada y múltiples nódulos pulmonares metastásicos bilaterales. Cambios residuales a proceso infeccioso previo en LSI. Broncoscopia + biopsia: tejido pulmonar sin atipias. Estructuras vasculares que presenta émbolos tumorales de adenocarcinoma de pulmón.

**Juicio clínico:** Adenocarcinoma pulmonar estadio T4N3M1 (m1 pulmonares y linfangitis carcinomatosa).

**Diagnóstico diferencial:** Infección respiratoria, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar intersticial no neoplásica.

**Comentario final:** Este caso resulta interesante por la presentación inicial del adenocarcinoma de pulmón como linfangitis carcinomatosa sin un diagnóstico previo de neoplasia. La linfangitis carcinomatosa representa el 7% de las metástasis pulmonares, siendo una presentación inusual. Se caracteriza por una infiltración difusa del intersticio pulmonar, debida a la diseminación de células neoplásicas malignas por los vasos linfáticos del pulmón. El rápido deterioro marcado por la

dificultad respiratoria progresiva es el curso clínico habitual de estos pacientes.

### **Bibliografía**

1. Cieza Peral C. Evolución fulminante de un adenocarcinoma pulmonar con linfangitis carcinomatosa. *Revista de Patología Respiratoria*. 2012;15(2):64-6.