



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



P-245 - UNA TOS INCÓMODA

M. Martínez de Lagran Soria, M. Escofet Peris, J. Alegre, M. Alzamora, B. López y A.R. Caso

ABS-4 Riu Nord/Riu Sud.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 82 años, exfumador de 30 paquetes/año, sin alergias medicamentosas, mecánico jubilado, independiente para las actividades de la vida diaria. Antecedentes patológicos: hipertensión arterial. Dislipemia. Pancreatitis. Quiste hidatídico hepático. Esteatosis hepática. Prostatectomía radical controles anuales con PSA aceptables. Insuficiencia renal crónica. Prótesis de rodilla izquierda. Hemorragia intraparenquimatosa centro semioval izquierdo (etiología hipertensiva) secuela hipoestesia derecha. Infartos lacunares crónicos en ganglios basales. Hemorragia digestiva baja por diverticulosis de sigma. Tratamiento actual: losartan/hidroclorotiazida, simvastatina, lormetazepam. Enfermedad actual: consulta por tos seca en accesos de 6 meses de evolución, sin expectoración, afebril, con disnea progresiva hasta hacerse de pequeños esfuerzos, discreta ortopnea. Astenia con pérdida de 10 kg en un año. Hacía 2 meses había consultado de urgencias pautándose paracetamol con codeína sin mejoría, y posteriormente cambio de IECA por ARA II sin mejoría de la tos.

Exploración y pruebas complementarias: Hemodinámicamente estable, con leve palidez cutánea. Cardiovascular: normal. Respiratorio: murmullo vesicular disminuido en campo derecho, hipofonosis en tercio medio e inferior de campo pulmonar derecho con crepitantes bibasales. Abdomen: normal. Neurológico: normal. Rx tórax ambulatorio: condensación basal derecha con infiltrados alveolares dispersos en ambos campos pulmonares. TAC torácico: adenopatías en espacio sub-carinal e hilio pulmonar izquierdo. Múltiples nódulos cavitados de paredes irregulares y engrosados y de diferentes tamaños, y nódulos de menor tamaño no cavitados. A nivel del LID y LM condensación neumónica con broncograma en su interior y derrame pleural metaneumónico. Analítica: creatinina 1,58 mg/dL, FG: 42,2 L/min/1,73 m², PCR 68 mg/L. VSG 89. Resto normal. ECG: normal. Cultivos esputo: negativos. Ziehl-Neelsen negativos. Fibrobroncoscopia: Árbol bronquial bilateral con mucosa difusamente hiperémica, aspecto inflamatorio, secreciones mucopurulentas. BAS: Ziehl-Neelsen: no BAAR. Cultivo: flora mixta de VRA. Cultivo micológico: negativo. Citología: negativo para células malignas. Ecografía de abdomen: derrame pleural derecho. Pequeña dilatación aneurismática de aorta abdominal infrarrenal (diámetro máximo 3 cm). Páncreas visualizado parcialmente (cabeza y cuerpo) sin alteraciones. Algún pequeño quiste cortical y parapiélico. Marcadores tumorales y serologías: positivo para BHCG, Ca 125 y Ca 19.9 y CEA. Eco-testicular: pequeño quiste simple en la cabeza del epidídimo Izdo. Discreto hidrocele izdo. Varicocele izquierdo. Ecocardiograma: ventrículo izquierdo: moderada hipertrofia concéntrica, no dilatado, con disincronía intraventricular que no repercute sobre la motilidad global. Ligera dilatación de la aurícula izquierda.

Juicio clínico: Se realiza resección atípica de llingula por minitoracotomía cuyo diagnóstico anatomopatológico es de metástasis de adenocarcinoma. Estudio inmunohistoquímico: queratina 7 y 19 positivas, obligando a descartar primario pancreato-biliar.

Diagnóstico diferencial: Lesiones quísticas. Nódulos cavitados pulmonares. 1. Infecciosas: bacterianas: *S. aureus*. Gram-. Neumococo. *Klebsiella*. Mycobacterias. Actinomicosis. *Nocardia*. Fúngicas: aspergilosis. Histoplasmosis. Mucormicosis. Criptococosis. *P. jiroveci*. Parasitarias: hidatidosis. Amebiasis. 2. Neoplasias: carcinoma broncogénico. Metástasis. T. epidermoides de cabeza y cuello. Adenocarcinomas de TGI. Sarcoma. Otros: otros tumores primarios pulmonares. Linfoma. Sarcoma de Kaposi... 3. Autoinmunes: granulomatosis de Wegener. Sarcoidosis. AR. LES. EA. 4. Tromboembolismo o embolismo séptico. 5. Otras: neumoconiosis (silicosis, asbestosis), malformaciones vasculares.

Comentario final: El objetivo de este caso sería recalcar la importancia de realizar una buena anamnesis y no banalizar los motivos de consulta más frecuentes como puede ser la tos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rev Chil Enf Respir. 2013;29:39-42.
2. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2007;25:64-5.