



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/1258 - DOCTORA, ME DUELE UN BRAZO

A.M. González González<sup>a</sup>, A. Arias Rosario<sup>b</sup>, M.C. Gutiérrez Herrero<sup>a</sup>, R. Navarro Fernández<sup>c</sup>, A.A. Moronta de la Cruz<sup>d</sup>, V.M. Báez Pimentel<sup>d</sup> y S. Méndez Desena<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Condesa. León. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Condesa. León. <sup>c</sup>Médico Residente 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Condesa. León. <sup>d</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés del Rabanedo. León.

## Resumen

**Descripción del caso:** Antecedentes personales: no AMC, HTA sistémica, fumador activo, trabajador de oficina. Varón de 45 años que acude a mí consulta por dolor en brazo izq de un mes de evolución, desde hace 3 semanas inicia con un proceso catarral sin fiebre con sensación de opresión torácica izq anterior y lateral, con sudoración nocturna y disnea de esfuerzo, por lo que su médico de cabecera decide pedir una Rx de tórax donde se observa un aumento de densidad basal izq que borra diafragma con pérdida de volumen y derrame pleural izq. Por lo que derivar al servicio de urgencias siendo ingresado en el servicio de neumología.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración sistémica normal, ACP: ruidos cardiacos rítmicos sin soplos, MV disminuidos en bases acentuado en base izq con crepitantes. Hemograma: leucos: 11.000, RN, BQ: normales, PCR 20, líquido pleural: proteína; 4,7, glucosa: 93, pH: 7,40. Rx de tórax: aumento de densidad basal izq derrame pleural izq, TC protocolo TEP: No se identifican defectos de repleción que sugiera tromboembolismo. Se identifican múltiples nódulos en hemitórax izq, muchos subpleurales, de diferentes tamaños y bordes bien definidos, que sugieren metástasis como primera posibilidad. Importante derrame pleural izq con atelectasia del parénquima adyacente del LSI y atelectasia completa del LII. Adenopatías mediastínicas paraaórtica izq e hiliares bilaterales. Broncoscopia: estenosis sugestiva de compresión extrínseca a nivel de bronquiolo inferior izq. Citología pleural: líquido pleural positivo para malignidad que procede con adenocarcinoma. Punción pleural izq: presencia de células epiteliales atípicas agrupadas compatibles con adenocarcinoma.

**Juicio clínico:** Adenocarcinoma de pulmón estadio T4N3M1. Derrame pleural izq neoplásico.

**Diagnóstico diferencial:** Procesos torácicos de inicio agudo como dolor torácico, disnea aguda, quiste broncogénico, enfisemas insuflados, hernia diafragmática con vólvulo gástrico, enfisema lobar congénito.

**Comentario final:** Actualmente en tratamiento oncológico con Qt-Rtcon evolución satisfactoria. El cáncer de pulmón en el hombre es la principal causas de DP maligno. Cuando un DP es secundario a metástasis pleurales se debe plantear la posibilidad de obliterar el espacio pleural mediante

pleurodesis. Los pacientes que se someten a este procedimiento deben cumplir varios requisitos: En primer lugar, el paciente no tendrá un mal estado general o una expectativa de vida muy corta (menos de un mes), ya que en estos casos es preferible optar por las toracocentesis terapéuticas periódicas. En segundo lugar, la calidad de vida del paciente debe estar limitada por la disnea. En tercer lugar, una toracocentesis terapéutica debe mejorar ostensiblemente la disnea.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Villena Garrido V, Ferrer Sancho J, Hernández Blasco L, et al. Arch Bronconeumol. 2006;42:349-72.
2. Monsó E, Montuenga LM, Sánchez de Cos J, Villena C; por el Grupo Colaborativo en Cáncer de Pulmón CIBERES-RTICC-SEPAR. Arch Bronconeumol. 2015 Ene 19. pii: S0300-2896 (14) 00459-1.