



## 160/1933 - Disnea Paroxística Nocturna como presentación de un carcinoma microcítico de pulmón

M.P. Martínez Díaz<sup>a</sup>, J. Ramos González<sup>a</sup>, E.M. Roca Pegalajar<sup>b</sup> y N.I. Aragón de la Fuente<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Residente 1<sup>er</sup> año. Centro de Salud La Unión. Cartagena. Área II. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud La Unión. Cartagena. Área II.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 69 años. AP: DM 2, HTA, DLP, EPOC y claudicación intermitente. Fumador. Enólico. Consulta por disnea, fiebre, tos y expectoración. Auscultación pulmonar: crepitantes en base izquierda. Derivado a Urgencias por sospecha de neumonía basal izquierda. Ingreso en Neumología. Analítica; leucocitosis con desviación izquierda. PCR 8,4 mg/dL. Sat O<sub>2</sub> 91%. Gasometría: insuficiencia respiratoria hipoxémica. Radiografía de tórax: sin hallazgos significativos. Episodio resuelto con levofloxacino, oxigenoterapia y salbutamol. Durante los siguientes tres meses consultas reiteradas por disnea paroxística nocturna (DPN), tos, edemas en miembros inferiores con fóvea. Se plantea diagnóstico de insuficiencia cardiaca y reagudización de EPOC iniciando tratamiento con furosemida, bromuro de aclidinio, dexametasona. Por falta de repuesta se deriva a Cardiología y Neumología para estudios complementarios.

**Exploración y pruebas complementarias:** Cardiología: ecocardiografía y prueba de esfuerzo que descartan patología isquémica, disfunción ventricular e hipertensión pulmonar. Neumología: espirometría FEV 164,4%. FVC 70%. FEC/FVC 70%. DLco 55%. Test de broncodilatación y de la marcha negativos. Diagnóstico: sugestivo de enfisema pulmonar, con función pulmonar conservada. AngioTAC: descarta TEP. Patrón micronodular con adenopatías paratraqueales hiliares derechas. Fibrobroncoscopia sin evidencia de malignidad. Evolución: 2 meses posteriores, consultas reiteradas en el centro de salud y urgencias, por persistencia de la disnea de esfuerzos moderados y predominio nocturno. Se insiste con neumología para ampliar pruebas diagnósticas. TAC pulmonar: imagen pseudonodular de 1,7 × 1 cm en el segmento posterior del LSD y adenopatías mediastínicas. PET-TC: tejido tumoral viable con incremento metabólico del conglomerado adenopático mediastínico paratraqueal derecho, hilio hepático, arteria mesentérica superior, nódulo pulmonar en LSD e hilios pulmonares. Fibrobroncoscopia con lavado broncoalveolar y ecobroncoscopia (EBUS) con toma de biopsia. Anatomía patológica: carcinoma microcítico. TAC craneal sin lesiones metastásicas.

**Juicio clínico:** Carcinoma microcítico tipo oat-cell estadio IV.

**Diagnóstico diferencial:** Insuficiencia cardiaca, insuficiencia respiratoria, reagudización EPOC enfisematoso, linfoma, sarcoidosis.

**Comentario final:** El carcinoma microcítico pulmonar (CMP) es uno de los tumores sólidos de

crecimiento rápido, con tendencia a producir metástasis y síndromes paraneoplásicos. Por ello, sus manifestaciones clínicas pueden ser muy variadas. A nivel local, la tendencia a presentarse de forma central y endobronquial suele asociarse con tos, disnea, sibilancias, dolor torácico o manifestaciones de obstrucción bronquial. La extensión al mediastino puede producir afectación del nervio recurrente laríngeo, disfagia o síndrome de vena cava superior. La DPN fue la clínica cardinal en este paciente, que llevó a plantear múltiples diagnósticos diferenciales hasta llegar al definitivo, tras la presentación final como nódulo pulmonar detectado en la TAC. Pese a la alta tasa de respuestas al tratamiento inicial con quimiorradioterapia, la mayoría de los pacientes con CMP presentan finalmente una recurrencia de la enfermedad, siendo el pronóstico final malo.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. West W, Lackner R, Kessinger A, Current concept the Diagnosis and Managent of Small- Cell Lung Cancer. *Oncology*. 2010;24(11):1042-7.
2. Añel RM, Astigarraga E, García FJ, Carcinoma microcítico de pulmón. *FMC*. 2013; 20(6):337-41.
3. Navarro F, López JL, Molina R, Álvarez-Mon M, Cáncer Microcítico de Pulmón. *Medicine*. 2013;11(24):1441-6.
4. Roland H, Ingram Jr, Braunwald E. Disnea y edema pulmonar. *Harrison principios de medicina interna*. Vol 1. 12ª ed. México: McGraw-Hill; 2012. p. 263-5.