



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/391 - La clínica manda

P. López Tens^a, A. Blanco García^b, M.E. Guerra Hernández^b, J.J. Parra^c y S.F. Pini^d

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Cantabria. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. Cantabria.

^dMédico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Interior. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 68 años que acude a su médico de atención primaria por disnea progresiva de nueva aparición. Como antecedentes personales destacaba ser fumador de 108 paquetes año, sin otros factores de riesgo cardiovascular. No medicación habitual. No expuesto a ambientes tóxicos. El cuadro clínico actual consistía en una disnea progresiva de 3 meses de evolución que llegó a hacerse de mínimos esfuerzos y que se acompañaba de tos con expectoración blanquecina, sin fiebre ni sensación distérmica. Lo que más nos llamó la atención fue la presencia de síndrome general en los últimos seis meses con astenia, anorexia y adelgazamiento de 10 kg sin clínica a otro nivel.

Exploración y pruebas complementarias: La exploración física mostraba buena saturación de oxígeno y una hipofonesis generalizada con presencia de roncus aislados. El resto de la exploración no revelaba ningún rasgo patológico. Hemanometría con $5.900 \times 10^3/\mu\text{L}$ leucocitos con fórmula normal, hemoglobina de 15,4 g/dL, VCM 98 fL, plaquetas $246.000 \times 10^3/\mu\text{L}$, VSG de 37. Las pruebas de función hepáticas y electrolitos fueron normales. Su función renal no se encontraba alterada. La PCR fue de 0,4 mg/dL y las hormonas tiroideas eran normales. Se realizaron tres tinciones de Ziehl Neelsen en esputo que resultaron negativas. Los niveles plasmáticos de ECA con cifras de 61,3 U/L y los niveles de calcio en orina de 24 horas compatibles con la normalidad. En el TAC de tórax de reconstrucción de alta resolución se objetivaron adenopatías mediastínicas a nivel paratraqueal derecho e hiliares bilaterales; ganglios calcificados hiliares derechos; patrón micronodular difuso en ambos hemitórax con engrosamiento de septos de lobulillo secundario y nodularidad pleural. Además se visualizaron ganglios a nivel de ligamento gastrohepático y retroperitoneal. Finalmente se realizó una fibrobroncoscopia, sin visualizarse lesiones endoluminales ni alteraciones de la mucosa, revelando el BAL la presencia de células malignas sugestivas de adenocarcinoma, confirmándose el diagnóstico con el resultado Ap de la biopsia transbronquial, informada como linfangiosis carcinomatosa por adenocarcinoma pulmonar positivo para TTF1.

Juicio clínico: Linfangitis carcinomatosa.

Diagnóstico diferencial: Se estableció entre tuberculosis, sarcoidosis y proceso neoplásico.

Comentario final: Presentamos este caso para recalcar que a pesar de la imagen radiológica

sugestiva de sarcoidosis, la clínica del paciente fue la que marcó nuestra duda diagnóstica y nuestra insistencia en realizar pruebas complementarias. La linfangitis carcinomatosa consiste en la infiltración linfática difusa de los pulmones por células malignas. Es una forma infrecuente de presentación de un cáncer. Esta entidad tiene un mal pronóstico, con una esperanza de vida de entre 3 y 12 meses. Un alto grado de sospecha, permitirá el diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Raja A, Seshadri RA, Sundersingh S. Lymphangitis carcinomatosa: report of a case and review of literature. *Indian J Surg Oncol.* 2010;1(3):274-6.
2. Tournoy KG, Bolly A, Aerts JG, et al. The value of endoscopic ultrasound after bronchoscopy to diagnose thoracic sarcoidosis. *Eur Respir J.* 2010;35(6):1329-35.
- 3: Chandler GN, Telling M. Lymphangitis carcinomatosa. *Br Med J.* 1952;2012(4785):639-41.