



160/1174 - CÁNCER MICROCÍTICO DE PULMÓN

G. Alonso Sánchez^a, M.J. Fernández Rodríguez^a y A. Guaschi Gagliero^b

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Caravaca de la Cruz. Área VI Noroeste. Murcia. ^bMédico de Familia. Hospital Comarcal del Noroeste. Caravaca de la Cruz. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 62 años que consultó en atención primaria por tos y disnea de moderados esfuerzos de 4 días de evolución, afebril, sin dolor torácico. Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas, no HTA, no DM ni DLP. Fumador habitual de 15 cig/día durante más de 20 años. No criterios clínicos de bronquitis crónica ni infecciones respiratorias de repetición. Cardiopatía isquémica tipo SCASEST inferior Killip I en septiembre/2013. Oclusión de Cx media y DA con lesión moderada en tercio medio. ACTP e implante de stent recubierto. Tratamiento crónico: AAS 100 mg, Emconcor 2,5 mg, Crestor 20 mg, Pritor 40/24h, Ezetrol 10 mg.

Exploración y pruebas complementarias: Ante la sospecha diagnóstica de neumonía se envía a urgencias donde se realiza radiografía de tórax que evidenció infiltrado en LSD, se trató con Augmentine y azitromicina y se solicitó TAC de tórax con contraste ante la duda de neoplasia sobre la neumonía descrita. Tras 2-3 días de tratamiento en domicilio, el paciente comienza con disnea, rubefacción facial y edema facio-braquial de instauración brusca que se estabiliza con corticoides sistémicos. TAC: ca pulmonar derecho con síndrome vena cava superior. Sin extensión abdominal ni ósea ni nódulos metastásicos. PAAF de masa en LSD: positivo para células neoplásicas compatibles con carcinoma microcítico tipo oat cell. Tras diagnóstico de ca. microcítico limitado a tórax con síndrome de vena cava superior se inicia tratamiento con carboplatino + etopósido junto a radioterapia en el lecho tumoral. Exploración física tras segunda visita a urgencias: Consciente y orientado, edema facial con ingurgitación yugular bilateral y ligero edema en brazos. Adenopatías cervicales. Afebril. ACP: rítmico. Murmullo vesicular conservado con hipofonesis leve en hemicampo superior derecho sin otros hallazgos. Abdomen: sin alteraciones. MMII: sin alteraciones. Analítica: leuco 11.820 (N 92,7%), Hb y plaquetas normales. TSH: 0,27. Metabolismo hepático y lipídico normales. Bioquímica normal. Marcadores tumorales: Ca 125: 447, enolasa 9. Analítica líquido pleural: aspecto amarillo-hemorrágico. Proteínas 3, glucosa 145, TAG 14, amilasa 15, LDH 225, leucos 23.000 con PMN 12%.

Juicio clínico: Carcinoma microcítico de pulmón tipo oat cell.

Diagnóstico diferencial: Neumonía, lesión tuberculosa solitaria, infarto pulmonar, absceso pulmonar crónico, los procesos inflamatorios, atelectásicos y congestivos.

Comentario final: El cáncer microcítico de pulmón es uno de los tumores sólidos más agresivos,

por su rápido crecimiento y por su tendencia a metastatizar desde fases tempranas. Sin embargo, también es uno de los tumores más sensibles a quimioterapia y radioterapia, con los cuales algunos pacientes con enfermedad limitada pueden sobrevivir a largo plazo. Estas características han hecho de este tumor un modelo clínico sobre el cual se han probado múltiples estrategias de tratamiento, incluyendo tratamientos concomitantes con quimioterapia y radioterapia, esquemas de quimioterapia alternante o de altas dosis con soporte hematológico o la utilización de radioterapia holocraneal profiláctica. Además el cáncer microcítico de pulmón también se ha empleado como plataforma para desarrollar tratamientos dirigidos contra dianas específicas o de inmunoterapia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez-Gracia JL, López-Picazo JM, Martín-Algarra S, Viteri S, García-Foncillas J. Departamento de Oncología. Clínica Universitaria. Facultad de Medicina de Navarra.