



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/1942 - NO HACER NADA TAMBIÉN ES DECIDIR

E. Vejo Puente<sup>a</sup>, L. Campo Alegría<sup>b</sup>, A. Villaverde Lland<sup>c</sup>, V. González Novoa<sup>d</sup>, S. Quintana Cabieces<sup>e</sup> y S. Iglesias Gutiérrez<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Farmacología. Médico de Familia. Hospital Universitario Valdecilla. Santander. Cantabria.

<sup>b</sup>Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de Burgos. <sup>c</sup>Médico de Familia. SUAP Miranda Este. Miranda de Ebro. Burgos. <sup>d</sup>FEA Rehabilitación. Hospital Universitario Valdecilla. Santander. Cantabria.

<sup>e</sup>Médico Residente de Rehabilitación. Médico de Familia. Hospital Universitario Valdecilla. Santander. Cantabria.

<sup>f</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Gerencia de Atención Primaria de Burgos.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón 57 años, ex-fumador, HTA, trasplante renal por GN no biopsiada, neumoconiosis crónica con fibrosis pulmonar grave; múltiples ingresos por infección respiratoria. Tratamiento: tacrolimus 4 mg, micofenolato 500 mg, alopurinol 50 mg, mometasona, tiotropio y olodaterol. Comienza con clínica de infección respiratoria por lo que su Médico de Atención Primaria inicia tratamiento con cefditoreno, a pesar de lo cual la expectoración aumenta, se vuelve verdosa y aumenta la disnea hasta hacerse de mínimos esfuerzos. Refiere dolor en hemitórax derecho y síndrome general. Tratado de forma empírica con levofloxacin, con evolución tórpida y empeoramiento de su disnea.

**Exploración y pruebas complementarias:** Constantes en rango, satO<sub>2</sub> 85% (basal). AC rítmica, sin soplos; AP: roncus dispersos y algún sibilante en campos anteriores; resto normal. Hemograma, bioquímica y coagulación sin hallazgos llamativos. Cultivo esputo: flora bacteriana mixta. Rx tórax: grandes conglomerados fibróticos con calcificaciones en lóbulos superiores; signos de atrapamiento aéreo. TAC arterias pulmonares: descarta TEP. Silicosis en fase de fibrosis masiva progresiva. Pequeñas condensaciones basales izquierdas. PET: masa pulmonar derecha, gran conglomerado adenopático adyacente. Biopsia: linfoma B difuso de células grandes.

**Juicio clínico:** Linfoma B difuso de células grandes IIIB, MYC+ y BCL-2+.

**Diagnóstico diferencial:** Infección respiratoria. Progresión patología de base. Tumoración pulmonar. Mesotelioma.

**Comentario final:** Ante un diagnóstico de estas características, en un paciente inmunodeprimido en el contexto del trasplante renal y con las comorbilidades asociadas, se precisa además de reducir la inmunosupresión, un tratamiento de poliquimioterapia que incluye fármacos cardiotoxicos (doxorubicina y ciclofosfamida), períodos de neutropenia y alto riesgo de sobreinfección especialmente a nivel pulmonar. Por su neumoconiosis pulmonar grave, progresiva e irreversible está contraindicado iniciar cualquier tipo de tratamiento quimioterápico. Quimioterapia a dosis más bajas tiene idénticos riesgos en cuanto a complicaciones infecciosas y ningún beneficio curativo. Se

informa al paciente de la situación y opciones terapéuticas, y comprende que la mejor elección es un tratamiento sintomático bajo la colaboración de su Médico de Atención Primaria y el Servicio de Cuidados Paliativos.

### **Bibliografía**

1. Conconi A, Lobetti-Bodoni C, Montoto S, et al. Life expectancy of young adults with follicular lymphoma *Ann Oncol.* 2015;26(11):2317-22.
2. Swerdlow SH, Campo E, Pileri SA, et al. The 2016 revision of the WHO classification of lymphoid neoplasms. *Blood.* 2016;127(20):2375-90.

**Palabras clave:** Neumoconiosis. Linfoma. Paliativo.