



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/4814 - ASMA Y ATELECTASIA EN PACIENTE FUMADOR

F. del Castillo Tirado<sup>a</sup>, M. Sánchez Martínez<sup>b</sup>, A. Gómez Arenas<sup>c</sup>, M. Villanueva Arias<sup>a</sup>, D. San Segundo Rivera<sup>d</sup> y J. Marín Relaños<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Interna. Hospital Río Carrión. Palencia. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Capilla. Jaén. <sup>c</sup>Médico Residente de Neumología. Complejo Hospitalario Río Carrión. Palencia. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Río Carrión. Palencia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Se presenta el caso de un paciente de 58 años con diagnóstico hace un mes de asma bronquial. El paciente presentaba sibilancias, tos de predominio nocturno y cuadro asociado de distermia sin fiebre termometrada en domicilio de ese tiempo de evolución. Antecedentes personales: hipertensión arterial. Incontinencia urinaria en estudio. Fumador acumulado de 28 paquetes/año. Tratamientos: solifenacina 5 mg/24h. Losartan 75 mg cada 24h. Formoterol 4,5 µg, budesonida 160 µg cada 12 horas. En la historia de salud del paciente se apreciaba la asistencia a consulta en al menos cuatro ocasiones durante el último mes por sibilancias y sensación distérmica. No dolor torácico acompañante. No modificaciones en hábitos miccionales ni de deposiciones respecto a situación previa. Se solicitó analítica y radiografía de tórax.

**Exploración y pruebas complementarias:** Tensión arterial: 168/79 mmHg. FC 78 lpm. Saturación 98%. Exploración: auscultación rítmica, sin soplos ni extratonos. Auscultación respiratoria con murmullo vesicular atenuado en pulmón derecho. Analítica: leucocitos  $14,9 \times 10^9$  U/L. PCR 137 mg/L. Resto normal. ECG: ritmo sinusal a 70 lpm. Bloqueo completo de rama derecha del haz de His. Sin alteraciones en la repolarización. Radiografía de tórax: se aprecia una atelectasia completa de pulmón derecho. Masa redondeada de 3,47 cm a nivel de bronquio principal derecho, con densidad calcio y sin paso de aire de forma distal a dicha masa. Espirometría: FEV1 58%. Mejoría parcial con test de broncodilatación. Broncoscopia (hospitalaria): masa con densidad rugosa superficial de calidad calcio. Anatomía patológica: tumor carcinoide típico.

**Juicio clínico:** Tumor carcinoide en bronquio principal derecho.

**Diagnóstico diferencial:** Hipertensión arterial. Asma.

**Comentario final:** El paciente fue intervenido satisfactoriamente tras el estudio de extensión. Tras la intervención y posterior recuperación mejoró sus cifras tensionales e inició terapia de deshabituación tabáquica. Los tumores carcinoides, aunque infrecuentes, pueden alcanzar las cifras de hasta el 20% de prevalencia. Hasta el 60% de estos pacientes presentan localización central, más incidencia en bronquio principal derecho.

## **Bibliografía**

1. Gridelli C, Rossi A, Airoma G, et al. Treatment of pulmonary neuroendocrine tumors: State of the art and future developments. *Cancer Treat Rev.* 2013;39:466-72.
2. Sánchez de Cos Escuín J. Diagnosis and treatment of neuroendocrine lung tumors. *Arch Bronconeumol.* 2014;50(9):392-6.

**Palabras clave:** Tumor carcinoide. Asma. Atelectasia pulmonar.