



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/2680 - ENGROSAMIENTO HILIAR, ¿DEBEMOS PREOCUPARNOS?

V. Gómez Limontes^a, A. Matías Hernández^a, S. Moreno López de Lerma^a, M. Herrero Baladrón^b, P. Panero Argüello^c y H. Fernández González^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Elena. Zamora. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Santa Elena. Zamora. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Virgen Concha. Zamora. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerta Nueva. Zamora.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 71 años que desde hace 3 semanas presenta tos seca que en las últimas 24 horas se transforma en hemoptoica, sin fiebre ni dolor torácico. Antecedentes: dislipemia y EPOC moderado. Exfumador desde hace 3 años de 48 paquetes/año. ACV hace tres años con leve paresia de miembro inferior izquierdo. Tratamiento habitual: atorvastatina 40 mg, tiotropio 18 µg inhalado y clopidogrel 75 mg.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general basal, eupneico, con normocoloración e hidratación. ACP: sin alteraciones. Se solicita una radiografía de tórax urgente que presenta engrosamiento del hilio izquierdo, decidiéndose derivación a urgencias. Analítica: sin datos patológicos de interés. Se decide ingreso en Neumología. Espirometría: FVC 2.970 (71%). FEV1 1.930 (63%). FEV1/FVC 65%. Test broncodilatador con reversibilidad no significativa. Test de difusión para CO 64%. TC tórax sin/con contraste: masa de aspecto infiltrativo hacia mediastino y sobre la región hiliar izquierda mal definida y dimensiones aproximadas de 3,4 × 3,6 cm que afectan a la porción distal del bronquio principal izquierdo. Infiltración vascular de la porción distal y posterior de la arteria pulmonar principal izquierda; y sus ramas de distribución lobar para la llingula y segmentaria. Signos de neumonitis secundaria a obstrucción. Se concluye neoplasia pulmonar central sobre región hiliar izquierda pT4 por infiltración de grandes vasos y pN2 por conglomerados adenopáticos mediastínicos e hiliares homolateras con extensión subcarínica y cuya biopsia resulta en carcinoma epidermoide infiltrante. Broncoscopia y anatomía patológica: carcinoma epidermoide infiltrante. PET: adenopatía aortopulmonar y metástasis en T5. Finalmente, el paciente solamente es candidato a tratamiento paliativo.

Juicio clínico: Carcinoma broncogénico tipo escamoso T4N2M1B.

Diagnóstico diferencial: Carcinoma broncogénico. Tuberculosis. Tumor carcinoide.

Comentario final: Con este caso se hace hincapié en la importancia del razonamiento clínico apoyado por pruebas de imagen de fácil acceso en atención primaria, como es la radiografía de tórax valorada en un contexto clínico concreto. La informatización radiológica permite una valoración evolutiva al comparar radiografías previas realizadas en diferentes contextos.

Bibliografía

1. Del Giudice ME, Young SM, Vella ET, Ash M, Bensal P, Robinson A, et al. Systematic review of guidelines for the management of suspected lung cancer in primary care. *Canadian family medicine*. 2014;60(8):395-404.

Palabras clave: Hemoptisis. Engrosamiento hilar. Radiografía tórax.