



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/752 - ¡DOCTORA, TENGO UN CATARRO QUE NO SE ME PASA!

M. Agüero Pereda^a, M. Sojo Elías^b, E. Ekech Mesa^a, A. Herencias Nevado^c, E. Pérez Castro^a y C. Vasilescu^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrelodones. Madrid. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Galapagar. Madrid. ^cMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cerro del Aire. Majadahonda. Madrid. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villanueva del Pardillo. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 58 años que acude a consulta de su médico por un cuadro catarral vs neumonía, se deriva a urgencias para valoración, donde se diagnosticó de neumonía bibasal derecha. Al mes acudió a su médico para control observándose empeoramiento radiológico. Se derivó de nuevo a urgencias. La paciente refería astenia en las últimas 3-4 semanas con hiporexia. Tos seca. Disnea de mínimos esfuerzos, dolor torácico pleurítico. Afebril. A destacar, fumadora de 15 cigarrillos/día desde los 17.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente en regulares condiciones generales, consciente y orientada. Cuello congestivo, no IY. Conglomerados adenopáticos supraclaviculares bilaterales de predominio derecho, asociados a adenopatías cervicales altas. Resto anodino. Rx tórax: atelectasia lóbulo superior derecho (LSD). Senos costofrénico y cardiofrénico izquierdos pinzados. Analítica: PCR: proteína C reactiva 10,06 mg/dl [0-0,6]. Ag. carcinoma células escamosas 17,4 ng/ml [0-2]. Ag. carcinoembrionario 389,56 ng/ml [0-5]. Ag. carbohidratado 125; 675,3 U/ml [0-35]. TAC torácico: colapso del LSD con obliteración del bronquio superior derecho, a 2,5 cm de la carina, compatible con neumonitis obstructiva. Moderado derrame pleural derecho. Importantes masas adenopáticas, formando conglomerados, y rodeando arteria pulmonar derecha, y comprimiendo carótida interna. BAAF: ganglio linfático con metástasis de adenocarcinoma con rasgos morfológicos sugestivos de adenocarcinoma pobremente diferenciado. Durante el ingreso, desarrolló un síndrome vena cava superior con edema en esclavina, circulación colateral. Se trasladó a oncología.

Juicio clínico: Adenocarcinoma de pulmón cT4pN3cM1b (estadio IV) + síndrome vena cava superior.

Diagnóstico diferencial: Neumonía. Cáncer de pulmón. Síndrome vena cava superior.

Comentario final: Hay que estar atentos en Atención Primaria ante los síntomas de alarma de más de un mes de evolución. Por eso si nuestra paciente tiene tos, dolor torácico, disfonía de manera persistente, expectoración con sangre, falta de apetito o pérdida de peso no justificada hay que investigar las diversas causas que pueden estar provocándolas.

Bibliografía

1. Neal RD. Lung cancer. Easily Missed? BMJ. 2014;349.
2. Simó E, Ureña MM, Vernet M, Sender MJ, Larrosa P, Jovell E. Intervención del médico de familia en el diagnóstico del cáncer. Aten Primaria. 2000;26:86-8.

Palabras clave: Neumonía. Neoplasias pulmonares. Vena cava superior.