



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/3254 - DOCTORA, ¿TENDRÉ LAS DEFENSAS BAJAS?

A. Estupiñan Fernández^a, Y. Prados Rodríguez^b y L. Gómez Sánchez^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud Arucas. Las Palmas. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Roque. Cádiz. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Los Barrios. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 66 años con AP: exfumador de 4 años, fecha en la que sufrió cardiopatía isquémica con insuficiencia cardíaca congestiva y disfunción sistólica grave como consecuencia. Miocardiopatía dilatada. EPOC tipo enfisema, angiодisplasia de duodeno, poliposis colónica. Clínica: astenia y edema escrotal con evolución tórpida con hematuria asociada, en revisión por Urología. Tras esto, vuelve a acudir por cansancio, con disnea al caminar, con petición de pruebas. Tras esto, comienza con una clínica psicológica, con ideación rumiante y pérdidas de memoria a corto plazo.

Exploración y pruebas complementarias: Se realiza analítica normal, con radiografía de tórax con signos de aumento de la trama bronquial derecha, sin observar signos patológicos. En la revisión de Urología, tres meses después, el paciente refiere sensación disneica, derivándosele a Urgencias, donde en nueva Rx: gran masa en lóbulo medio derecho que provoca atelectasia de la base pulmonar, por lo que es ingresado para estudio. TAC tórax y abdomen: gran masa necrosada hilar derecha que engloba hasta entrada de la cava superior en aurícula derecha; compatible con neoplasia maligna broncopulmonar derecha. Se observan adenopatías varias así como atelectasia obstructiva de LSD y gran derrame pleural derecho con atelectasia. Nódulos pulmonares bilaterales compatibles con metástasis. En abdomen se observan nódulos hipodensos hepáticos y suprarrenal izquierdo.

Orientación diagnóstica: Carcinoma indiferenciado de células pequeñas (carcinoma neuroendocrino) por broncoscopia. Se propone para tratamiento paliativo con quimioterapia con uso de mórficos en escala de dosis.

Diagnóstico diferencial: En este caso, nuestro paciente refiere astenia durante toda la historia de la enfermedad con varias sintomatologías acompañantes no coincidentes entre sí: patología urológica, neurológica/psiquiátrica, cardiológica; por ello es importante diferenciar e intentar ahondar en la sintomatología del paciente al hablarnos de una astenia, ya que es tan inespecífica que puede darse por procesos inflamatorios, infecciosos, neoplásicos, reumatológicos, etc.

Comentario final: El término astenia significa ausencia de fortaleza. Es un motivo habitual de consulta representando hasta el 30% de la consulta ambulatoria. La fatiga crónica representa del 1-10% de estos casos. La sistematización de las entidades capaces de provocar astenia deberá guiar la búsqueda de síntomas y signos físicos, así como la indicación de estudios complementarios.

Bibliografía

1. Kremer A. Astenia como motivo principal de consulta. En: Cámara MI, Romani A, Madoery C, eds. Avances en medicina 2002. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Medicina; 2002, p. 287-98.
2. Young P, Finn BC, Bruetman JE, et al. Enfoque del síndrome de astenia crónica. Medicina (B. Aires). 2010;70(3):284-92.

Palabras clave: Astenia. Carcinoma de pulmón. Fumador.