



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/4633 - MASA PULMONAR DIAGNOSTICADA EN UN PREOPERATORIO. A PROPÓSITO DE UNA IMAGEN

L. Lozano Chillón^a, M. Rodríguez Garrote^b y M. Gutiérrez Martín^a

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Concha. Zamora.

^bMédico de Familia. Centro de Salud Virgen de la Concha. Zamora.

Resumen

Descripción del caso: Mujer. 62 años. No fumadora. Asintomática. AP: pleuropericarditis, probablemente autoinmune, seguida por Medicina Interna (Rx 6 meses antes normal). En preoperatorio para intervención de OMA destaca masa pulmonar izquierda de bordes bien delimitados. Niega contacto con animales y la radiografía previa era normal así que descartamos hidatidosis pulmonar y quiste broncogénico. Se deriva a Cirugía Torácica con sospecha de tumor mucinoso (la punción transtóracica es poco rentable). Se realiza mediante toracotomía enucleación y biopsia intraoperatoria (informada como adenocarcinoma) así que se realiza lobectomía inferior izquierda, linfadenectomía y segmentectomía atípica del LSI. Posteriormente requiere 4 ciclos de QT adyuvante. En seguimiento, sin evidencia de recidiva por lo que se deriva a AP.

Exploración y pruebas complementarias: EF: anodina. Analítica normal. Rx tórax masa de 5 cm en segmento VI izquierdo de bordes bien definidos. TC torácico. Masa en segmento apical de LII de 5 cm de diámetro, bien delimitado sin adenopatías mediastínicas ni hiliares. Broncoscopia, microbiología, citología, espirometría normales.

Orientación diagnóstica: Masa quística en LII. Posible tumor mucinoso con diagnóstico intraoperatorio de ADC de pulmón cT2b N0 M0.

Diagnóstico diferencial: Tumor mucinoso. Adenocarcinoma de pulmón.

Comentario final: Todo paciente con sospecha de CP debe ser remitido de forma preferente al servicio de Neumología. Cada Área de Salud debe establecer una estrategia para la rápida derivación. Se recomienda que la cita sea antes de 7 días. Debe valorarse: anamnesis, exploración, valoración de las características radiológicas y comparación con radiografías previas, Si no hay estabilidad mayor de 2 años o calcificación benigna, realizar TC. Hay varias opciones para el diagnóstico de confirmación: Broncoscopia: de elección, más rentable en los tumores centrales. PAAF bajo control radiológico: Puede ser la primera elección en los tumores periféricos. Citología de esputo: poco rentable. Si no llegamos al diagnóstico disponemos de: PAAF o biopsia de metástasis, toracocentesis y/o biopsia pleural, y biopsia quirúrgica como en nuestro caso. Se recomienda que los resultados estén antes de 15 días del comienzo del estudio.

Bibliografía

1. NICE Clinical Guideline 24. Lung cancer: the diagnosis and treatment of lung cancer.

Palabras clave: Masa quística. Adenocarcinoma. Radiografía de tórax.