Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):2477

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/159 - VOLUMINOSA MASA EN PULM&OACUTE;N IZQUIERDO, A PROP&OACUTE;SITO DE UN CASO

C. Plaza Ortega[1], P. Pastor Solaz[2], E. Plaza Ortega[3] y D. Benavides González[3]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. [2]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Virgen de la Luz. Centro de Salud IV. Cuenca. [3]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Virgen de La Luz. Cuenca.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 29 años, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés, que acude a nuestra consulta por cansancio y tos persistente desde hace meses. No esputos, no fiebre, no disnea. Refiere menstruaciones irregulares no demasiado abundantes.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, orientada, palidez mucocutánea. Obesa, hirsutismo. No adenopatías accesibles. ACP rítmica, sin soplos, hipoventilación generalizada en campo pulmonar izquierdo. Orofaringe normal. Abdomen con abundante panículo adiposo. EEII sin hallazgos. Analítica: anemia (Hb 8,9 g/dl) microcítica (VCM 72), hipocroma (CHCM 30), ferropenia, trombocitosis (580.000 plaquetas/mm^3), serie blanca normal y PCR 90. Radiografía de tórax: gran masa en lóbulo superior izquierdo con bordes bien definidos. Se remite a urgencias para ingreso hospitalario y estudio. TAC toracoabdominopélvico: voluminosa masa (10 × 14 cm) que ocupa el LSI casi en su totalidad, obliterando el origen de los bronquios segmentarios y focos hipodensos en su interior sugestivos de necrosis, con afectación ganglionar mediastínica ipsilateral y supraclavicular izquierda, a filiar histológicamente. Se realiza en dos ocasiones broncoscopia, ordinaria y con sedación, fallidas por desaturación, obteniendo una única muestra que en el análisis anatomopatológico no resulta concluyente, por lo que se decide realizar biopsia con aguja gruesa guiada por ecografía, obteniendo 3 cilindros constituidos por células tumorales de gran tamaño, de tipo lacunar y binucleadas de tipo Reed-Sternberg, junto a linfocitos de pequeño tamaño, eosinófilos y algunos neutrófilos, áreas de aspecto fibroso y escleroso. La celularidad tumoral expresa Bcl2, CD15, CD30 y VEB. Celularidad acompañante con expresión de CD20, CD79, CD3 y CD5 (predominio de población T). Catalogada de Linfoma de Hodgkin clásico. Se remite a Oncología.

Orientación diagnóstica: Linfoma de Hodgkin clásico, variante esclerosis nodular.

Diagnóstico diferencial: Cáncer de pulmón. Linfoma. Neumonía.

Comentario final: Es fundamental detectar desde la consulta de Atención Primaria los signos y síntomas que pueden ser sugerentes de patología grave. La anamnesis cuidadosa, las pruebas complementarias a nuestro alcance y la coordinación con otros especialistas son claves. La enfermedad de Hodgkin es un síndrome linfroproliferativo de origen B. La variante de esclerosis nodular es la más frecuente y la segunda de mejor pronóstico, aparecen en mujeres jóvenes y puede

afectar al mediastino.

Palabras clave: Linfoma. Masa pulmonar.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.