



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 424/3106 - DETECCIÓN DE CÁNCER DE PULMÓN EN PACIENTE ASINTOMÁTICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

A. García López<sup>1</sup>, V. Martín Jiménez<sup>1</sup>, J. Matran Bartolomé<sup>2</sup> y A. Miquel Gómez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Canillejas. Madrid. <sup>3</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 64 años exfumador. Antecedentes personales: artritis reumatoide (AR) seropositiva ACPA +, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Acudió por fiebre de 38 °C, tos con expectoración verdosa, dispepsia y mialgias desde hacía dos días. Se pautó Amoxicilina/Ácido clavulánico 500 mg/125 mg. Revisión a los veinte días: asintomático.

**Exploración y pruebas complementarias:** Destacaba inicialmente en la auscultación pulmonar murmullo vesicular conservado con crepitantes bibasales, mayores en base derecha. Resto de exploración normal. A los veinte días tras tratamiento persistían crepitantes secos bibasales. Radiografía de tórax postero-anterior y lateral inicial: aumento de densidad de predominio peribroncovascular en lóbulo inferior derecho (LID) compatible con proceso agudo infeccioso. En la de control a los veinte días: no alteraciones.

**Orientación diagnóstica:** Ante la persistencia de crepitantes se solicitó TC torácico: nódulo tumoral de aspecto primario en LID, compatible con carcinoma broncogénico (cT3N0). Recomendaron PET/TC para ampliar estudio: nódulo hipermetabólico en LID y nódulo satélite descrito en relación con viabilidad tumoral. Resto del estudio sin hallazgos reseñables (no metástasis). Ingresó para lobectomía inferior derecha mediante cirugía torácica videoasistida (VATS). Anatomía patológica: carcinoma microcítico broncopulmonar. Actualmente el paciente está estable en tratamiento quimioterápico.

**Diagnóstico diferencial:** Con patologías relacionadas inicialmente: enfermedad pulmonar intersticial difusa por artritis reumatoide, bronquiectasias por EPOC. Con neoplasias pulmonares tras detección del nódulo pulmonar: adenocarcinoma de pulmón, carcinoma epidermoide, carcinoma de células grandes y carcinoma microcítico.

**Comentario final:** Entre las lecciones aprendidas con este caso cabe destacar: la necesidad de un seguimiento adecuado en Atención Primaria y la potencialidad de hacer una buena exploración física, así como de correlacionar el cuadro clínico con los antecedentes personales. También la relevancia de poder acceder a técnicas diagnósticas como la TC torácica, que permitió diagnosticar un carcinoma microcítico pulmonar en fases muy iniciales (sin metástasis), lo que permitió que el paciente acceda precozmente al tratamiento más adecuado aumentando su supervivencia.

## **Bibliografía**

1. Mink SN, Maycher B. Comparative manifestations and diagnostic accuracy of high resolution computed tomography in usual interstitial pneumonia and nonspecific interstitial pneumonia. *Curr Opin Pulm Med.* 2012;18(5):530-4.
2. Rami-Porta R, Wittekind C, Goldstraw P. Complete resection in lung cancer surgery: proposed definition. International Association for the Study of Lung Cancer Staging Committee. *Lung Cancer.* 2005;49(1):25-33.

**Palabras clave:** Cáncer broncopulmonar. Artritis reumatoide. Pruebas diagnósticas.