



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 244/24 - DISNEA EN FUMADOR JOVEN: MAL ASUNTO

J. Helguera Quevedo<sup>a</sup>, S. Arenal Barquín<sup>b</sup>, M. Ruiz Núñez<sup>c</sup>, R. Garrastazu López<sup>d</sup>, N. García López<sup>e</sup> y C. Bonnardeaux Chadburn<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Ampuero. Cantabria. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Los Valles. Cantabria. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Miera. Cantabria. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Gama. Cantabria. <sup>e</sup>Médico Pediatra. Centro de Salud Astillero. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 25 años, fumador de unos 20 cigarrillos al día, vive en una zona rural, que acude de urgencia al Centro de Salud por disnea progresiva desde hace 1 semana. Días atrás había acudido a urgencias del hospital siendo diagnosticado de infección respiratoria alta, tratado con levofloxacino 500 1/24h + dexketoprofeno 25 1/8h. Estaba afebril y sin dolor. Había perdido algo de peso.

**Exploración y pruebas complementarias:** Mal estado general. Hipoventilación general con roncus dispersos. Resto sin hallazgos de interés, salvo Sat O<sub>2</sub> de 94%. Se solicitó una Rx de urgencia y analítica al hospital y se valoró esa misma mañana por su médico de AP, quien objetiva condensación en base derecha sin broncograma aéreo y patrón sucio bilateral, de perfil alveolar. Analítica urgente: leucocitos 12,700, Hb 14,7, Hto 44%, Plaquetas 213,000. PCR 6,7. Ante la mala evolución del cuadro y la lejanía del hospital de referencia, y ante la negativa del paciente para acudir de nuevo a éste, se añade prednisona 40 mg vo cada 24 y se cambia a amoxicilina + ácido clavulánico 875/125 cada 8 horas y se le cita en 48 horas en consulta. 24 horas más tarde, ingresa en el Hospital, destacando en el TAC una consolidación parcheada sin broncograma aéreo. Por primera vez se sospechó un carcinoma broncoalveolar, que se confirmó mediante broncoscopia.

**Juicio clínico:** Neumonía como primera manifestación de carcinoma broncoalveolar.

**Diagnóstico diferencial:** Neumonía, TBC, TEP, asma, FQ.

**Comentario final:** La particularidad del presente caso de carcinoma broncoalveolar es el hecho de que se presentó en contexto de disnea, enmascarado por una neumonía por colapso bronquial por el tumor. Además, el tipo histopatológico de tumor es poco frecuente en pacientes varones, entre los que es mayor la incidencia de carcinoma pulmonar microcítico. En adultos jóvenes la neumonía es la causa más habitual de disnea, pero la ausencia de características clínicas de la entidad (fiebre con tos y esputo purulento) debe orientar precozmente hacia otro diagnóstico. Se consideró un segundo diagnóstico erróneo (tuberculosis) en el Hospital, sin embargo, en esta ocasión los hallazgos clínicos y paraclínicos tampoco eran compatibles con el diagnóstico (en la tuberculosis la hemoptisis suele ser un síntoma precoz, pero en el paciente descrito estaba ausente). En un huésped inmunocompetente, el estado clínico más parecido a un síndrome general, la progresión del

infiltrado pulmonar hasta la destrucción del parénquima del huésped, la ausencia de fiebre y hemoptisis y el deterioro deberían haber propiciado una sospecha más precoz de un carcinoma. En conclusión, queremos hacer hincapié en el hecho de que la radiografía de tórax no suele ser suficiente para establecer el diagnóstico y que los hallazgos clínicos han de correlacionarse con el estado clínico del paciente, de modo que, con frecuencia, el diagnóstico de cáncer de pulmón se retrasa en pacientes jóvenes, por lo que puede perderse la oportunidad de instaurar un tratamiento curativo.

## **Bibliografía**

1. Neoplasms of the lungs. Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders, 4<sup>th</sup> ed. p. 1799-966.
2. Blanchon F, Grivaux M, Collon T, et al. Epidemiologic of primary bronchial carcinoma management in the general French hospital centres. Rev Mal Respir. 2002;19:727-34.