



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

264/138 - ALGO MÁS QUE UN CUADRO CATARRAL

E. Calatrava López-Ronco^a, I. Villalobos Millán^b, E. Sánchez Hernica^c, E. Sicilia Barea^d, A. Terrón Sánchez^e y M. Ayala Hernández^f

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Málaga. ^bMédico de Familia. Centro de Teatino Colonia Santa Inés. Málaga. ^cMédico Familia. Centro de Salud Torcal. Málaga. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés-Torcal. Málaga. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Teatinos-Colonia Santa Inés. Málaga. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trinidad. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 76 años sin alergias medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos con antecedentes personales HTA, no DM, no dislipemia. En tratamiento con amlodipino. Ha trabajado como limpiadora, pintora, y en el campo. Independiente ABVD. Paciente acude a consulta Atención Primaria por tos seca de dos semanas de evolución. Afebril. No dolor torácico ni disnea.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, bien hidratada y perfundida, eupneica en reposo Sat O2 96%. AR: Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. MMII: no edemas ni signos de TVP. Diagnóstico inicial: catarro vías altas Inicia tratamiento con Algidol cada 8h. La paciente vuelve a la consulta a las 2 semanas refiriendo, además de continuar con los síntomas comentados, disnea de grandes esfuerzos (al subir cuevas). Exploración similar, Sat O2 basal 95%. Se solicita analítica, Rx tórax y EKG a la semana vuelve para recoger resultados. Analítica: Hb 13,5, leucocitos 9.100, plaquetas 29.500. Coagulación normal, bioquímica normal, PCR 4,5. EKG: ritmo sinusal a 83 lpm, eje izquierdo sin alteraciones en la repolarización. Rx tórax: ICT en límite superior normalidad, condensación en LII e infiltrado retículo-nodular de distribución bilateral. Se solicita baciloscopia y se deriva a Neumología. Baciloscopia negativa. TAC tórax: masa periférica en segmento 10 de LII de aproximadamente 3,6 × 4,8 cm, sin signos de infiltración de la pared torácica. No adenopatías mediastínicas. Se acompaña de incontables nódulos pulmonares bien definidos dispersos, que conforman un patrón miliar bilateral y que sugiere como diagnóstico principal, dado el contexto del paciente, metástasis hematógenas. No derrame pleural. Hígado normal. Colelitiasis múltiple. Broncoscopia: se realiza broncoaspirado, cepillado y biopsia transbronquial de árbol bronquial izquierdo: Pequeños focos sugestivos de carcinoma no microcítico, tipo adenocarcinoma (napsina positivo, p63 negativo).

Juicio clínico: Adenocarcinoma de pulmón estadio IV por metástasis múltiples pulmonares bilaterales.

Diagnóstico diferencial: Tuberculosis pulmonar. Neumopatías intersticiales. Neumonías víricas. Bronquiectasias. Insuficiencia cardíaca. Linfagitis carcinomatosa. Vasculitis pulmonar. Eosinofilia pulmonar.

Comentario final: El papel de los médicos de Atención Primaria es fundamental el estudio inicial del paciente, constituyendo el primer nivel de atención y puerta de entrada al sistema sanitario. Ante una primera sospecha diagnóstica iniciar tratamiento como en dicho caso, pero informando a paciente que si no mejora con tratamiento vuelva para continuar con estudio y realizar pruebas complementarias para un correcto enfoque multidisciplinar del paciente.

Bibliografía

1. Brambilla E, Travis WD. Cáncer de pulmón. En: Informe Mundial contra el Cáncer, Stewart BW, Wild CP, eds. Lyon: Organización Mundial de la Salud, 2014.
2. Feinstein AR, DM Sosin, Wells CK. El fenómeno Will Rogers. Migración del estadio y las nuevas técnicas de diagnóstico como fuente de estadísticas engañosas para la supervivencia en el cáncer. N Engl J Med. 1985;312:1604.