



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

## 387/80 - CATARRO QUE NO MEJORA

J. Cepeda Blanco<sup>1</sup>, A. Aldama Martín<sup>1</sup>, A. Asturias Saiz<sup>2</sup>, A. Casal Calvo<sup>1</sup>, G. Rijo Nadal<sup>2</sup>, L. Alli Alonso<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño. Cantabria.<sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Morante. Santander. Cantabria.<sup>3</sup>Médico. Hospital de Urduliz. Vizcaya.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 75 años de edad con antecedente de Adenocarcinoma renal con nefrectomía en 1998 y HTA que consulta por cuadro de disnea progresiva de 1 semana de evolución. A la auscultación presenta roncus dispersos y sibilantes generalizados en ambos campos pulmonares. Se filia de infección respiratoria con broncoespasmo asociado. Se instaura terapia con Augmentine, Ventolin, pulmicort, prednisona y spiriva. El paciente mejora radicalmente, pero tras terminar el tratamiento 15 días después vuelve a consultar por el mismo cuadro por lo que se solicita Rx de tórax y se cambia ATB a levofloxacino, con mismo tratamiento broncodilatador. El paciente vuelve a empeorar a los pocos días. Valoramos la Rx que se solicitó la consulta anterior y que se había realizado hacía apenas 3 días. En Rx no se observan cambios frente a otra previa de 2016, sin condensaciones ni derrames. Sin embargo, ante la falta de respuesta a tratamiento, se remite directamente a urgencias. Se observa deterioro general, más delgado, débil. En urgencias se realiza nueva Rx con condensación en lóbulo medio derecho y queda ingresado con diagnóstico de neumonía. Durante el ingreso deterioro general progresivo con hiporexia y astenia intensas. Se solicita TAC y posteriormente broncoscopia. Pendiente de consulta en oncología.

**Exploración y pruebas complementarias:** Analítica: leucocitos: 15.000. Hb: 12,1. Creatinina: 1,30. Filtrado glomerular: 42. Resto normal. En TAC y broncoscopia se evidencia masa excrecente en bronquio superior y medio derechos con oclusión casi total de la luz de los mismos, en AP se filia como Ca. microcítico.

**Juicio clínico:** Carcinoma microcítico de pulmón.

**Diagnóstico diferencial:** Crisis broncoespasmo. Neumonía. Tuberculosis. Sepsis.

**Comentario final:** Resulta fundamental realizar un seguimiento estrecho de nuestros pacientes, con una actitud inquisitiva y buscando siempre las causas detrás de la clínica del caso al que nos enfrentamos, aunque los hallazgos, como en este caso, no siempre sean positivos.

### Bibliografía

Alberg AJ, Ford JG, Samet JM, et al. Epidemiology of lung cancer: ACCP evidence-based clinical practice guidelines (2<sup>nd</sup> edition). Chest. 2007;132(3 Suppl):29S-55S.