



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

387/80 - CATARRO QUE NO MEJORA

J. Cepeda Blanco¹, A. Aldama Martín¹, A. Asturias Saiz², A. Casal Calvo¹, G. Rijo Nadal², L. Alli Alonso³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño. Cantabria. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Morante. Santander. Cantabria. ³Médico. 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 insta 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 (2nd edition). Chest. 2007;132(3 Suppl):29S-55S.