



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

269/50 - PULMÓN NUEVO VS PULMÓN VIEJO

L. Campo Alegría^a, G. Barquín Arribas^b, V. González Novoa^c, S. Quintana Cabiecas^d, E. Vejo Puente^e y A. Villaverde Llanea^f

^aMédico de Familia. Hospital Universitario de Burgos. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Val de San Vicente. Cantabria. ^cFEA Rehabilitación. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. ^dMédico Residente de Rehabilitación. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. ^eMédico de Familia. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. ^fMédico de Familia. Centro de Salud Miranda Este. Miranda de Ebro. Burgos.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 66 años, con antecedentes personales de DLP, síndrome de Ménière, SAHOS en tratamiento con CPAP nocturna, linfoma esplénico difuso células B grandes en 2007, tratado con esplenectomía y QT, en remisión completa. Enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) desde 2007, con mala evolución por deterioro funcional progresivo e insuficiencia respiratoria global que precisó trasplante unipulmonar izquierdo en julio de 2016. Buena recuperación funcional posterior, dejando de precisar oxígeno suplementario. Acude a su médico en abril de 2017 por cuadro de unos días de dolor en hemitórax derecho de características pleuríticas, sobre todo nocturno e irradiado a escápula. No aumento de disnea ni tos ni fiebre. No pérdida de peso. Ha notado reducción de los volúmenes que maneja en el incentivador. Se deriva al hospital donde es valorado por su neumólogo de referencia que solicita TAC e ingresa para estudio.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente y orientado, eupneico en reposo. No aumento de PVY. ACP: rítmico sin soplos. Buena ventilación izq. Crepitantes en campos medios e hipoventilación basal. Abdomen: anodino. HG: normal. BQ: LDH 353 U/L. BQ líquido pleural: pH 744, glucosa 105 mg/dL, LDH 554 U/L, ADA 17 (exudado). A. patológica: células malignas compatible con carcinoma epidermoide. PFR: EFV1 95,7% CVF: 86,2% cociente 86,23. TAC: masa basal derecha con derrame pleural asociado. PET: El estudio es sugestivo de afectación tumoral pulmonar derecha con extensión pleural y ganglionar ipsilateral.

Juicio clínico: Carcinoma epidermoide estadio IV (pleural) en pulmón nativo.

Diagnóstico diferencial: Derrame pleural de origen paraneumónico o tuberculoso en paciente inmunoderprimido.

Comentario final: Se comentó su caso con el servicio de Oncología, optándose en su caso por quimioterapia con fines paliativos, para reducir la masa tumoral, el derrame pleural y mejorar la disnea, reajustándose previo a ello el tratamiento inmunosupresor. El trasplante pulmonar es una opción terapéutica consolidada en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas avanzadas. Las principales complicaciones en el postoperatorio inmediato son la disfunción primaria del injerto,

complicaciones de la sutura bronquial, el rechazo y las infecciones. No hay que pasar por alto, la probabilidad de otros diagnósticos que puedan afectar a la población general como el cáncer de pulmón. El carcinoma epidermoide supone el 40% de los carcinomas no microcíticos. Es el más frecuente en nuestro medio y con un pronóstico infausto: tasa de supervivencia a los 5 años está en torno al 10% en estadios localizados, y al 2% en diseminados.

Bibliografía

1. Orens JB, Estenne M, Arcasoy S, et al. Egan International guidelines for the selection of lung transplant candidates: 2006 update-a consensus report from the Pulmonary Scientific Council of the International Society for Heart and Lung Transplantation J Heart Lung Transplant. 2006;25:745-55.
2. Charman LD, Sharples KD, McNeil J. Wallwork Assessment of survival benefit after lung transplantation by patient diagnosis J Heart Lung Transplant. 2002;21:226-32.
3. Hosenpud JD, Bennett LE, Keck BM, et al. Effect of diagnosis on survival benefit of lung transplantation for end-stage lung disease Lancet. 1998;351:24-7.
4. Alberg AJ, Ford JG, Samet JM, et al. Epidemiology of lung cancer: ACCP evidence-based clinical practice guidelines, 2nd ed. Chest. 2007;132(3 Suppl):29S-55S.