



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/2712 - Del derrame pleural al carcinoma Pulmonar

E. Herasme Felipe<sup>a</sup>, S. Jofresa Iserte<sup>a</sup>, J.M. Pinilla Alemán<sup>a</sup>, E. Ospino Castro<sup>b</sup>, O. Más Rodríguez<sup>c</sup>, J. Urios Durá<sup>c</sup>, E. Tidrenzczel<sup>d</sup>, M.Á. Moreno Vaillo<sup>e</sup> y M. da Cruz Wetacem<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud San Miguel de Salinas. Torrevieja. Alicante. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Torremendo. Torrevieja. Alicante. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Los Montesinos. Torrevieja. Alicante. <sup>d</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Miguel de Salinas. Torrevieja. <sup>e</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Miguel de Salinas. Torrevieja. Alicante. <sup>f</sup>Médico Residente 2º año. Centro de Salud San Miguel de Salinas. Torrevieja. Alicante.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 68 años que consulta con su médico de cabecera por disnea y dolor costal izquierdo de una semana de evolución. No fumadora. Niega hábito enólico. No tratamientos crónicos. Auscultación cardiopulmonar y saturación normales. Se pauta paracetamol y acetilcisteína. Siete días más tarde consulta por disnea en aumento. Presentando hipoventilación y desaparición de murmullo vesicular (MVC) derecho a la auscultación. Se solicita radiografía de tórax objetivándose un derrame pleural derecho masivo, por lo que se remite a urgencias. Se realiza tomografía torácica y abdominal en urgencias con hallazgo de masa pulmonar, derrame pleural masivo y masa hepática.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física: saturación: 98%, ACP: MVC derecho abolido. Resto de explicación por sistemas normales. Tomografía tórax-abdomen (Urgencias): Masa pulmonar hilar derecha con amputación del bronquio lobar intermedio que asocia atelectasia del LID y LM e importante derrame pleural. Adenopatía subcarinal sospechosa. A descartar neoplasia pulmonar. LOE hepática sospechosa de metástasis. Gen factor de crecimiento EGFR: no mutado. ALK Negativo. Esta determinación es importante para decidir tratamiento quimioterápico, radioterápico o combinado. Resonancia magnética cerebral: negativa. Biopsia por broncoscopia: Positiva para malignidad, adenocarcinoma de células no pequeñas. Gammagrafía ósea: estudio sugestivo de lesiones óseas metastásicas a nivel costal en hemitórax izquierdo.

**Juicio clínico:** Adenocarcinoma pulmonar estadio IV, derrame pleural.

**Diagnóstico diferencial:** Cáncer óseo, mieloma, carcinoma hepatocelular.

**Comentario final:** El cáncer de pulmón es la causa principal de muerte por cáncer en hombres y mujeres, representa el 13% de todos los diagnósticos de cáncer y el 29% de las muertes por cáncer en hombres y mujeres. El número de muertes de los cuatro cánceres de mayor frecuencia (pulmón, mama, próstata y colorrectal) está disminuyendo excepto en un grupo: las mujeres con cáncer de pulmón. Las muertes por cáncer de pulmón aumentan algo menos del 1% por año en mujeres. Esta tendencia probablemente se debe al aumento del número de fumadoras. Estas estadísticas no deben considerarse una sentencia de muerte. Es importante recordar que las estadísticas generales no se pueden aplicar a un paciente concreto. Nuestro caso es una paciente no fumadora con hábitos saludables. El tabaco es el mayor factor de riesgo sin duda, no el

único. En la actualidad no se realizan pruebas de cribado para prevenirlo. Pero en atención primaria podemos concientizar sobre buenos hábitos, consejos de protección medioambientales y abandono del tabaco. En caso de aparición de síntomas debemos realizar una anamnesis completa y solicitar pruebas que nos ayuden a diagnosticarlo. La radiografía de tórax, disponible en atención primaria, proporciona la principal sospecha diagnóstica; la presencia de un nódulo pulmonar de bordes irregulares, atelectasia, derrame pleural o ensanchamiento mediastínico es sugestiva de malignidad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Klein JS, Zarka MA. Transthoracic needle biopsy: an overview: J Thorac Imaging. 1997;12(4):232-49.
2. Lowe VJ, Naunheim KS. Positron emission tomography in lung cancer. Ann Thorac Surg. 1998;65(6):1281-9.
3. Maddaus M, Ginsberg RJ. Diagnosis and staging. En: FG Pearson, J Deslauriers, R Ginsberg, eds. Thoracic Surgery. New York: Churchill Livingstone; 1995. p.671.