Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1555

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/1933 - Disnea Paroxística Nocturna como presentación de un carcinoma microcítico de pulmón

M.P. Martínez Díaz[a], J. Ramos González[a], E.M. Roca Pegalajar[b] y N.I. Aragón de la Fuente[b]

[a]Médico de Familia. Residente 1er año. Centro de Salud La Unión. Cartagena. Área II. [b]Médico de Familia. Centro de Salud La Unión. Cartagena. Área II.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 69 años. AP: DM 2, HTA, DLP, EPOC y claudicación intermitente. Fumador. Enólico. Consulta por disnea, fiebre, tos y expectoración. Auscultación pulmonar: crepitantes en base izquierda. Derivado a Urgencias por sospecha de neumonía basal izquierda. Ingreso en Neumología. Analítica; leucocitosis con desviación izquierda.PCR 8,4 mg/dL. Sat O2 91%. Gasometría: insuficiencia respiratoria hipoxémica. Radiografía de tórax: sin hallazgos significativos. Episodio resuelto con levofloxacino, oxigenoterapia y salbutamol. Durante los siguientes tres meses consultas reiteradas por disnea paroxística nocturna (DPN), tos, edemas en miembros inferiores con fóvea. Se plantea diagnóstico de insuficiencia cardiaca y reagudización de EPOC iniciando tratamiento con furosemida, bromuro de aclidinio, dexametasona. Por falta de repuesta se deriva a Cardiología y Neumología para estudios complementarios.

Exploración y pruebas complementarias: Cardiología: ecocardiografía y prueba de esfuerzo que descartan patología isquémica, disfunción ventricular e hipertensión pulmonar. Neumología: espirometría FEV 164,4%. FVC 70%. FEC/FVC 70%. DLco 55%. Test de broncodilatación y de la marcha negativos. Diagnóstico: sugestivo de enfisema pulmonar, con función pulmonar conservada. AngioTAC: descarta TEP. Patrón micronodular con adenopatías paratraqueales hiliares derechas. Fibrobroncoscopia sin evidencia de malignidad. Evolución: 2 meses posteriores, consultas reiteradas en el centro de salud y urgencias, por persistencia de la disnea de esfuerzos moderados y predominio nocturno. Se insiste con neumología para ampliar pruebas

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

diagnósticas.TAC pulmonar: imagen pseudonodular de 1,7 × 1 cm en el segmento posterior del LSD y adenopatías mediastínicas. PET-TC: tejido tumoral viable con incremento metabólico del conglomerado adenopático mediastínico paratraqueal derecho, hilio hepático, arteria mesentérica superior, nódulo pulmonar en LSD e hilios pulmonares. Fibrobroncoscopia con lavado broncoalveolar y ecobroncoscopia (EBUS) con toma de biopsia. Anatomía patológica: carcinoma microcítico. TAC craneal sin lesiones metastásicas.

Juicio clínico: Carcinoma microcítico tipo oat-cell estadio IV.

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia cardiaca, insuficiencia respiratoria, reagudización EPOC enfisematoso, linfoma, sarcoidosis.

Comentario final: El carcinoma microcítico pulmonar (CMP) es uno de los tumores sólidos de crecimiento rápido, con tendencia a producir metástasis y síndromes paraneoplásicos. Por ello, sus manifestaciones clínicas pueden ser muy variadas. A nivel local, la tendencia a presentarse de forma central y endobronquial suele asociarse con tos, disnea, sibilancias, dolor torácico o manifestaciones de obstrucción bronquial. La extensión al mediastino puede producir afectación del nervio recurrente laríngeo, disfagia o síndrome de vena cava superior. La DPN fue la clínica cardinal en este paciente, que llevó a plantear múltiples diagnósticos diferenciales hasta llegar al definitivo, tras la presentación final como nódulo pulmonar detectado en la TAC. Pese a la alta tasa de respuestas al tratamiento inicial con quimiorradioterapia, la mayoría de los pacientes con CMP presentan finalmente una recurrencia de la enfermedad, siendo el pronóstico final malo.

BIBLIOGRAFÍA

1. West W, Lackner R, Kessinger A, Current concept the Diagnosis and Managent of Small- Cell Lung Cancer. Oncology. 2010;24(11):1042-7.

2. Añel RM, Astigarraga E, García FJ, Carcinoma microcítico de pulmón. FMC. 2013; 20(6):337-41.

3. Navarro F, López JL, Molina R, Álvarez-Mon M, Cáncer Microcítico de Pulmón. Medicine. 2013;11(24):1441-6.

4. Roland H, Ingram Jr, Braunwald E. Disnea y edema pulmonar. Harrison principios de medicina interna. Vol 1. 12ª ed. México: McGraw-Hill; 2012. p. 263-5.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.