Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1573

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/2368 - Doctora, ¡estoy cansada de comprar jarabes para la tos!

L.S. Bañagasta[a], C. Ramallo Holgado[a], J.J. Alcaraz Rivas[b], R. Padure El Haddad[c], Á.A. Ruíz-Risueño Montoya[d], D.L. García Santos[b], M. Pancorbo Carro[e], E. Franco Daza[f], A. Carrasco Angulo[c] y F. Rosique Gómez[g]

[a]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pachecho Este. Murcia. [b]Médico de Familia y Médico Adjunto. Centro de Salud San Javier. Murcia. [c]Médico de Familia. Centro de Salud San Javier. Murcia. [d]Médico de Familia y Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. [e]Médico de Familia. Centro de Salud Los Alcázares. Murcia. [f]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. [g]Médico de Familia. Centro de Salud Torre Pacheco Este. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 57 años, fumadora de 60 paq/año, que refiere múltiples consultas en el servicio de urgencias de Atención Primaria por cuadro de tos escasamente productiva de unas 3 semanas de evolución que se asocia a disnea progresiva. Le han recetado diferentes antitusígenos sin ser efectivos. No fiebre ni hemoptisis asociada. Pérdida de peso de 2-3 Kg que asocia a gastroenteritis que tuvo hace un mes.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: BEG. C y O. ORL: faringe con mucosa pálida. No adenopatías submaxilares. AP: Murmullo vesicular disminuido con algunas sibilancias diseminadas en ambos campos pulmonares. Abdomen blando y depresible, no doloroso, no masa ni megalias. En Rx tórax 2P: nódulos pulmonares bilaterales múltiples con tendencia a la confluencia, sobre todo en LLII. Se decide derivar a Hospital de referencia para ingreso y estudio a cargo de neumología. Analítica: hemograma y bioquímica sin alteraciones. CEA 36,8, CA125: 73,2, CA 15,3: 314,5. TAC tórax con contraste: múltiples nódulos pulmonares bilaterales centrolobulillares y subpleurales, algunos confluyentes sugestivos de metástasis como primera posibilidad. Pequeña área de enfisema centrolobulillar apical en LSI. Derrame pleural derecho menos a 1/3 del hemitórax. TAC abdomen superior: múltiples lesiones focales hepáticas bilobares, hipodensas, mayores de 10 mm sugestivas de metástasis.

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

Múltiples lesiones focales hipodensas en varias vértebras cervicales bajas, dorsales y lumbares y en ambos huesos ilíacos donde se destruye la cortical. Mamografía y ecografía mamaria: patrón fibroglandular mixto parcheado sin hallazgos de sospecha (BIRADS3). PET-TC cuerpo completo: lesiones cerebrales, incontables nódulos pulmonares bilaterales, adenopatía mediastínica, numerosas LOES hepáticas y lesiones líticas óseas que sugieren etiología maligna, sin clara lesión que sugiera tumor primario. Broncoscopia: muestras citológicas negativas, se aísla neumococo y Haemophilus en esputo. Toracocentesis: exudado polimorfonuclear, pH 7,21; Glu 38, albúmina 4, LDH 501, Col 127. Anatomía patológica: frotis positivo para células malignas, los hallazgos inmunofenotípicos son compatibles con un carcinoma. PAAF de hígado: positivo para células malignas, compatible con metástasis por adenocarcinoma.

Juicio clínico: Adenocarcinoma de pulmón estadio IV (metástasis óseas, hepáticas).

Diagnóstico diferencial: Infecciones respiratorias. Patología inflamatoria. Metástasis pulmonares. Enfermedades ocupacionales y ambientales.

Comentario final: El cáncer de pulmón es la primera causa de muerte por cáncer entre las mujeres de países desarrollados. El factor de riesgo más importante es fumar. Los síntomas más comunes al momento de presentarse son tos o dolor de pecho que tienden a empeorarse, hemoptisis, pérdida de peso, disnea, irritación de garganta. En pacientes con estas características, la tos como síntoma no debe ser menospreciado. Actualmente la paciente se encuentra en tratamiento quimioterápico con Taxol/carboplatino/avastin + Zometa con buena tolerancia tras el mismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Cancer Society: Cancer Facts and Figures 2015. Atlanta.

2. Ries L, Eisner M, Kosary C, et al., eds. Cancer Statistics Review, 1975-2002. Bethesda, Md: National Cancer Institute, 2005.

3. Aberle DR, Adams AM, Berg CD, et al. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. N Engl J Med. 2011;365(5):395-409.

4. Earle CC, Tsai JS, Gelber RD, et al.: Effectiveness of chemotherapy for advanced lung cancer in the elderly: instrumental variable and propensity analysis. J Clin Oncol. 2001;19(4):1064-70.

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