



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/574 - ¿Pensamos en cáncer de pulmón en mujeres fumadoras?

C.N. Fernández Palacios^a, R. Rodríguez Rodríguez^a, M. Ricote Belinchón^b, C. de Casanova Peña^c, E. Villar Coloma^d, M.P. Villanueva Morán^e, I. Arroyo Rico^f, V.R. Oscullo Yepez^a y R. Iniesta García^a

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Mar Báltico. Zona Este. Madrid. ^cMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. ^dMédico de Familia. Médico Adjunto. Centro de Salud Mar Báltico. Zona Este. Madrid. ^eMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barajas. Madrid. ^fMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Monóvar. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 75 años, ex-fumadora de 2 paquetes/día hasta hace 8-10 años, con antecedentes personales de HTA, dislipemia y apendicectomía. NRAMC. En tratamiento con losartán/hidroclorotiazida y amlodipino. Acude a consulta de Atención Primaria por hemoptisis leve de 2 meses de evolución y febrícula (vespertina) en los últimos días. No refiere disnea, dolor torácico ni palpitaciones. No ortopnea ni DPN. No refiere síndrome constitucional ni ninguna otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración presenta buen estado general, sin palidez ni ictericia, AC rítmica sin soplos, en la AP se auscultan roncus en bases pulmonares, ABD no doloroso, blando y depresible, sin masas ni megalias. MMII sin edemas ni signos de TVP. Se solicita Rx de tórax AP y lateral desde Atención Primaria en el mismo día, donde se observa imagen ovalada en LSD de 66 mm de diámetro en contacto con pleura sin derrame pleural y opacidad parahiliar derecha de 33 mm de diámetro. Se deriva a Urgencias del Hospital Ramón y Cajal para ampliar estudio, solicitando TC. En Urgencias realizan analítica básica sin alteraciones y Rx tórax donde se confirma la imagen. Valorado por Neumología que ingresa a la paciente para realizar TAC body, TC cráneo, BAG guiada por TC y fibrobroncoscopia. En el TAC body se observan hallazgos compatibles con carcinoma broncogénico (estadificación mediante TC:T2b-3N1Mx). El TC de cráneo sin alteraciones. El broncoaspirado para citología no presenta alteraciones celulares significativas. En los resultados de AP se confirma carcinoma de células escamosas.

Juicio clínico: Carcinoma broncogénico de células escamosas.

Diagnóstico diferencial: Bronquitis crónica, cáncer de pulmón, bronquiectasias, tuberculosis, TEP, enfermedad de Rendu-Osler, criptogenética.

Comentario final: El cáncer de pulmón ha alcanzado proporciones epidémicas en las mujeres, y es ahora el cáncer más mortal tanto en mujeres como en hombres. Se espera que en 2015, el cáncer de pulmón se lleve la vida de aprox. 71.000 mujeres en EEUU comparado con 40.300 muertes por cáncer de mama. La gran mayoría de los casos de cáncer de pulmón está atribuida al tabaco, y las tasas de prevalencia del tabaco en las mujeres es muy alta. Es importante pensar en Neoplasia de pulmón en mujeres fumadoras, de más de 40-45 años, que acude por clínica respiratoria o sistémica de causa no aclarada. Ese alto índice de sospecha debe obligar a la práctica de una radiología simple del tórax. Cualquier imagen que no está conocida como crónica

debe ser estudiada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Callol Sánchez L, Martín de Nicolás Serrahima JL, Moreno Mata N. Carcinoma Broncogénico. Capítulo 17, Manual de Neumología clínica. 2ª ed. Madrid. Ergón. 2009. p. 267-86.
2. Simoff MJ, et al. Symptom management in patients with lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2013;143(5 Suppl):e455S-97S.