Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):108

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/2919 - Un resfriado mal curado

M. Sánchez Espejo[a], M. Crespo Hernández[b], J.M. Madeira Martins[c] y M.I. López Torres[a]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Poniente. Córdoba.[b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Occidente Azahara. Córdoba.[c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Fuensanta. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 39 años, peluquero, sin antecedentes personales de interés, fumador ocasional, consulta por disnea de mínimos esfuerzos con tos no productiva sin fiebre desde hace un mes. Realizamos radiografía de tórax objetivándose infiltrado en lóbulo medio (LM) compatible con neumonía realizando tratamiento con azitromicina y levofloxacino sin mejoría clínico-radiológica. Refiere aspiración accidental de decolorante volátil compuesto de sulfato de amonio hace 2 meses. Presenta aumento progresivo de disnea hasta hacerse de reposo sin mejoría radiológica a pesar de tratamiento con prednisona. Se deriva a Neumología para estudio donde se realizan resto de pruebas.

Exploración y pruebas complementarias: En exploración física destaca murmullo vesicular conservado con crepitantes en hemitórax derecho y sibilantes en espiración forzada. Radiografía de tórax: condensación parenquimatosa en LM con patrón intersticial reticulonodular bilateral difuso. Espirometría: trastorno obstructivo moderado. Analítica con hemograma, bioquímica, serologías e inmunidad normales. TACAR: condensación en LM y parte del lóbulo superior derecho (LSD), con extensión peribronquial y patrón septal con engrosamiento de septos interlobulillares, bilateral, afectando vértices y bases pulmonares. Adenopatías mediastínicas e hiliares sospechosas de proceso neoplásico con extensión linfangítica. FBC: mucosa engrosada en bronquio de LM que sangra al roce e impide el paso del fibrobroncoscopio. GSA basal: pO2 49, pCO2 35, pH 7,47, HCO3 25, sat O2 85%. Anatomía patológica: carcinoma de células no pequeñas ALK positivo. PET: hipermetabolismo en

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

condensación de LM y LSD, regiones mediastínicas ipsilaterales y contralaterales.

Juicio clínico: Adenocarcinoma de pulmón estadio IVb.

Diagnóstico diferencial: Neumonía, enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID), masas pulmonares, linfangitis, tuberculosis...

Comentario final: Aunque desde atención primaria no tenemos acceso a las pruebas complementarias que dieron el diagnóstico, el seguimiento de lo que parecía un simple resfriado en un paciente joven y tras contarnos aspiración accidental de amonio sospechar una EPID hizo posible su derivación y diagnóstico. Por ello es importante la labor de seguimiento que se realiza desde atención primaria.

Bibliografía

1. Prasanta RM, Deepak A Adenocarcinoma of Lung Presenting as Interstitial Lung Disease. Indian J Chest Dis Allied Sci. 2015;57:239-41.
2. Gilchrist FJ, Alton H, Brundle MA. Pulmonary lymphangitic carcinomatosis presenting as severe interstitial lung disease in a 15-year-old female. Eur Respir Rev. 2011;20:208-10.

Palabras clave: Enfermedad pulmonar intersticial. Adenocarcinoma.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.