



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

## 242/709 - DOCTOR, SIGO CON TOS

M. Suárez Rodríguez<sup>a</sup>, P. Peña Guerrero<sup>b</sup> y F. López Álvarez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. UGC Palos de la Frontera. Huelva. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Sanlúcar la Mayor. Sevilla. <sup>c</sup>Médico de Familia. UGC Condado Occidental. Huelva.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 52 años, hipertensa, dislipémica, tiroidectomía por bocio multinodular, intervenida de quiste ovárico izquierdo. Sin hábitos tóxicos. Sin antecedentes familiares de interés. Desde un cuadro catarral hace tres meses presenta dolor costal izquierdo, tos seca disneizante, alivia por las noches. Tolera bien el ejercicio físico. No responde a inhaladores (técnica y posología correctas).

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general, eupneica, saturación de oxígeno 98%, afebril. Auscultación cardio-respiratoria: Tones rítmicos, buena frecuencia, sin soplos. Buen murmullo vesicular, sin ruidos patológicos. Valoración otorrinolaringológica: faringitis seca. Resto de exploración completa por aparatos: normal. Hemograma, bioquímica, test de metacolina, pHmetría, radiografía tórax, espirometría, prueba broncodilatadora: normales. TACAR tórax: dos lesiones focales en lóbulo superior izquierdo (LSI), de 28 mm obstruyendo el bronquio del segmento anterior del LS y otra de 18 mm de contornos ligeramente espiculados. Considerar proceso neoplásico. Adenopatía mediastínica. Micronódulos pulmonares aislados en ambos hemitórax y foco radiolúcido en vértebra dorsal, inespecíficos. PET-TAC: adenopatías hiliares izquierdas y en región abdominopélvica derecha. Focos hipermetabólicos en LSI, pulmón derecho, cuerpo de 6<sup>a</sup> vértebra dorsal, hueso ilíaco derecho y cresta ilíaca izquierda, compatibles con malignidad. Broncoscopia con biopsia, cepillado y estudio anatopatológico: Signos directos de neoplasia en B1+3 de LSI. Adenocarcinoma poco diferenciado de origen pulmonar. TTF1 positivo, CK7 positivo.

**Juicio clínico:** Adenocarcinoma pulmonar pobremente diferenciado. Estadio-IV.

**Diagnóstico diferencial:** TOS secundaria a reflujo gastroesofágico, hiperreactividad bronquial, asma.

**Comentario final:** Los síntomas más frecuentes por los que consultan los pacientes con cáncer de pulmón son: tos, hemoptisis, dolor torácico y disnea. Suelen consultar primero al médico de atención primaria, con tiempos de demora diagnóstica elevados. Su actitud y su relación con la atención especializada es importante para reducirlos. No menospreciar la tos residual a catarros que perduran en el tiempo. Un síntoma frecuente y banal puede llevarnos al diagnóstico de patologías poco frecuentes y graves, pero debemos sospecharlas.

### Bibliografía

1. Jiménez Massa AE, Alonso Sardón M, Gómez Gómez FP. Cáncer de pulmón: ¿cómo se presenta en nuestra consulta? Rev Clín Esp. 2009;209(3):110-7.
2. González JM, de Castro FJ, Barrueco M, et al. Demoras diagnósticas en el cáncer de pulmón. Arch Bronconeumol. 2003;39(10):437-41.

**Palabras clave:** Tos. Disnea. Adenocarcinoma.