



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

242/3366 - ONCOLÓGICO DE MANUAL; ¿QUÉ HACEMOS?

M. Gutiérrez Jansen^a, M. Blanco Lara^b y M. Moreno García^b

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga. ^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Jardín. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 73 años. Cuadro de dos meses de dolor hipogástrico y en hemitórax izquierdo. Pérdida de 10 kg y de apetito; distermia vespertina, sudoración profusa nocturna. Atragantamiento. Antecedentes: EPOC: fumador activo de 1 paquete al día, ITA de 100 paq-año. Seguimiento radiológico durante dos años por nódulo pulmonar de 9 mm en lóbulo superior izquierdo (LSI) (PET negativo), finalizado en 2013. Intervenciones previas: faquectomía bilateral.

Exploración y pruebas complementarias: Estable hemodinámicamente; eupneico, afebril. Exploración física: auscultación cardiopulmonar normal, abdomen sin hallazgos de interés. Analítica sanguínea: hemograma sin alteraciones. Hemostasia y bioquímica sin alteraciones. PCR 77,7. Radiografía de tórax: masa redondeada en segmento VI derecho; cavitada, con nivel hidroaéreo. Nódulo en LSI con dudosa imagen de cavilación. Se solicitó TAC sin contraste de tórax y abdomen superior. TAC: adenopatía subcarínica 1,3 cm; adenopatía en ventana puntiforme y retrocava. Imágenes hipoatenuadas hepáticas -quistes-. En parénquima pulmonar, masa polilobulada de 4,5 × 3,2 cm en segmento apicoposterior de LSI, que pierde plano de clivaje con pared torácica e infiltra cisura mayor; focos de vidrio alrededor de la lesión en relación a neumonitis obstructiva; dicha masa está necrosada con pequeña cavilación y capta en periferia. Masa en lóbulo interior derecho (LID), de 7 × 7,2 cm, necrosada y cavitada, de pared mamelonada, que infiltra octavo arco costal derecho. Engrosamiento de septos con vidrio deslustrado en relación a neumonitis obstructiva/linfangitis localizada. Se cita para PET-TC de cuerpo entero a los cinco días. Revela masas pulmonares hipermetabólicas en lóbulos inferior derecho y superior izquierdo, compatibles con malignidad; adenopatías mediastínicas con baja captación, no sugestivas de infiltración neoplásica macroscópica. No se observan otros hallazgos de lesiones neoplásicas.

Juicio clínico: Carcinoma escamocelular estadio IV.

Diagnóstico diferencial: Cuadro constitucional: neoplasia vs trastorno alimentario o endocrinológico. Fiebre y distermia nocturna: descartar tuberculosis.

Comentario final: Un paciente que reúne todos los factores para su proceso oncológico concreto: varón, gran fumador, nódulo previo estudiado... ¿Somos eficientes en nuestro papel de prevención de patologías? ¿Se hubiese beneficiado de un seguimiento más estricto? ¿Qué estrategias de prevención podemos desarrollar en Atención Primaria?

Bibliografía

1. Longo DL, Fauci AS, Hauser SL, Jameson JL, Kasper DL, et al, eds. Harrison. Principios de Medicina Interna, 18^a ed. México: McGraw-Hill, 2012.

Palabras clave: Carcinoma. Escamocelular. Neoplasia. Pulmón. Oncología.