



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/4159 - UNA TOS... Y ALGO MÁS

P. Castro Sandoval<sup>a</sup>, C. Azofra Macarrón<sup>b</sup>, P. Fernández Pérez<sup>c</sup>, B. Haro Martínez<sup>a</sup>, T. Iglesias Suárez<sup>a</sup> y A. Méndez Fuertes<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Hospital Sierrallana. Torrelavega. Cantabria. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Cantabria. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 82 años. Antecedentes personales: Trabajadora de campo. No hábitos tóxicos. HTA DLP. Ansiedad. RGE. MCP por BAV 2 grado tipo II. Tratamiento habitual: rabeprazol, amilorida + HCT, escitalopram, simvastatina, frankimazin. Acude al servicio de Urgencias por tos irritativa de 2 semanas de evolución, por lo que su médico de atención primaria pautó codeisan, con escasos resultados. Refiere en las últimas semanas, sensación de disconfort-opresión en zona antero-superior de tórax. A su vez, síndrome general desde hace 6 meses con astenia, anorexia y pérdida de peso (unos 5 kg). No hemoptisis. Niega fiebre otra clínica.

**Exploración y pruebas complementarias:** Afebril con constantes estables. A la exploración física: BEG. CyO. Normocoloreada y perfundida. Eupneica en reposo. No se palpan adenopatías. CyC sin alteraciones. AC: tonos rítmicos, sin soplos. AP: mvc. Abdomen: anodino. EEII: sin edemas ni datos de TVP. En la analítica: Hemograma: Hb 11,10 g/dL, Leucocitos  $10,50 \times 1.000/?L$ . Bioquímica: glucosa 154 mg/dL. Urea 61 mg/dL. LDH 371 U/l. Resto normal. Coagulación: AP: 84%, INR: 1,14. En la radiografía de tórax se visualiza una imagen de masa en el LSD con arcos costales respetados y el MCP endocavitario. ECG: Ritmo de MCP. Se deriva a interconsulta preferente de Neumología, donde solicitan diferentes pruebas complementarias: citología de esputo, espirometría, TAC torácico y broncofibroscopia con biopsia. Tras resultados, se amplía estudio con PET y mutaciones genéticas, llegándose al diagnóstico definitivo e iniciando tratamiento con quimioterapia.

**Juicio clínico:** Carcinoma de célula grande T4 N3 M0.

**Diagnóstico diferencial:** Infección. Neumonía. Tuberculosis. Absceso pulmonar. Asbestosis. Metástasis.

**Comentario final:** El cáncer pulmonar de células no pequeñas es el tipo más común de cáncer pulmonar. El tabaquismo causa la mayoría de los casos, sin embargo, no siempre es así. Una tos refractaria a tratamiento asociada a síndrome general, debemos descartar causas frecuentes, pero sobre todo, causas graves. Desde Atención Primaria debemos enfatizar en la anamnesis, pues en este caso, la paciente no le daba importancia a cierta clínica y fue una vez en Urgencias cuando se profundizó y se derivó para completar estudio.

## Bibliografía

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

**Palabras clave:** Tumor. Síndrome general. Tos refractaria.