



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/4425 - NO TODO ES CÁNCER

M. Paule Sánchez<sup>a</sup>, I. Riera Carlos<sup>b</sup>, C. Hernández Corred<sup>c</sup> y C. de Manueles Astudillo<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud San Juan. Salamanca. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Salamanca. <sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Salamanca. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Rodrigo. Salamanca.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 80 años, sin alergias conocidas, fumador de 20 cigarrillos diarios (IPA 20). Antecedentes: hipertensión y hernioplastia inguinal bilateral. En 2017 el paciente es derivado a Urología por cifras elevadas de PSA. Tras biopsia prostática diagnostican adenocarcinoma acinar. En enero 2018 es sometido a una prostatectomía y en estudio de extensión se detecta masa torácica central con adenopatías necrosadas hiliares y mediastínicas de unos 6 cm. Es derivado a consulta de cáncer de pulmón, donde amplían el estudio con broncoscopia y ecobroncoscopia (EBUS). Durante este tiempo el paciente experimenta deterioro importante del estado general con pérdida de 15 kg, astenia, disnea y fiebre. Tos con abundante expectoración. No hemoptisis ni dolor torácico. Se solicita interconsulta a Cuidados Paliativos.

**Exploración y pruebas complementarias:** Constantes normales. REG. Consciente y orientado. Normohidratado. Normocoloreado. No cianosis. No adenopatías cervicales ni supraclaviculares. No IY. Tórax de aspecto y movilidad normal. AC: tonos regulares, sin soplos. AP: murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. No edemas en MMII ni signos de TVP. Neurológica: normal. Analítica inicial: PSA total 3, PSA libre 0,63 y cociente PSA libre/PSA total de 10%, resto de analítica normal. PSA normalizada en última analítica (PSA 1,42), resto normal. Rx tórax: hilio derecho prominente. Resto, sin hallazgos. TAC: afectación neoplásica central e hilar derecha. Ascitis. Adenopatías y múltiples lesiones tumorales necrosadas mesentéricas y retroperitoneales con infartos esplénicos. No afectación ósea. Fibrobroncoscopia y EBUS: neoplasia endobronquial. Necrosis.

**Orientación diagnóstica:** Hipótesis diagnóstica inicial: neoplasia pulmonar, no obstante aspirado bronquial y anatomía patológica negativa para células malignas. Ante estos resultados deciden repetir EBUS ampliando estudio microbiológico a hongos y micobacterias. Resultado positivo para *M. tuberculosis*, siendo diagnosticado de tuberculosis mediastínica e iniciando tratamiento antituberculoso.

**Diagnóstico diferencial:** Metástasis pulmonar, neoplasia pulmonar, tuberculosis.

**Comentario final:** Ante paciente fumador, masa torácica y adenocarcinoma de próstata parece claro el diagnóstico. Pero el abanico de enfermedades es más amplio, y el diagnóstico final lo determina la anatomía patológica.

## Bibliografía

1. Núñez-Ares M, Vizcaya E, Martínez Alfaro G, et al. Hemoptisis. En: Green Book. Diagnóstico y Tratamiento Médico. Marbán Libros; 2015; Capítulo S7 p. 180-205.

**Palabras clave:** Neoplasia pulmonar. Tuberculosis.