



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/3590 - COMENZÓ CON TOS Y EXPECTORACIÓN EN PACIENTE FUMADORA

A. Correas Galán<sup>a</sup>, C. González Santand<sup>a</sup>, M. Rodríguez Alonso<sup>b</sup> y S. Peña Lozano<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza del Ejército. Valladolid. <sup>b</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza del Ejército. Valladolid Oeste. Valladolid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer, 77 años, acude a urgencias derivada por su médico de atención primaria por tos y expectoración. Refiere cuadro de tos con expectoración herrumbrosa no hemoptoica de semanas de evolución. No fiebre. Pérdida de peso de 6 kg en el último mes, sin astenia o anorexia asociadas. Fumadora activa con IPA de 60.

**Exploración y pruebas complementarias:** Consciente, orientada y colaboradora. Eupneica. Normocoloreada y normoperfundida. AC: rítmica. AP: MVC con sibilancias diseminadas. ABDOMEN: Blando, depresible, no doloroso a la palpación. No masas ni megalias. RHA+. EEII: No edemas ni signos de TVP. RX tórax: Aumento densidad en LII asociada a condensación parenquimatosa con broncograma aéreo a dicho nivel. TC toracoabdominal: masa endobronquial en LII (1,5 × 1,5 cm), atelectasia distal y bronquiectasias cilíndricas distales con acúmulos de secreciones. No adenopatías mediastínicas. Broncoscopia: Infiltración pared lateral a nivel del BPI tapando entrada de bronquios de pirámide basal izquierda. Se biopsia y cepilla con resultado de infiltración de mucosa grado 3, con proliferación celular neoplásica que infiltra lámina propia de mucosa. EBUS: Ganglios mayores de 1 cm de aspecto indeterminado, negativos para histología de células malignas. PET: lesión hipermetabólica en hilio pulmonar izquierdo sugerente de malignidad.

**Orientación diagnóstica:** Carcinoma epidermoide de pulmón (T3N0MO, estadio IIB).

**Diagnóstico diferencial:** Neumonía infecciosa o broncoaspiración. Tuberculosis. Cavernoma. Absceso pulmonar. Metástasis pulmonar.

**Comentario final:** El paciente es remitido para valoración y estudio de masa en LII. Tras completar el estudio mediante las pruebas anteriormente mencionadas, se realiza interconsulta al Servicio de Cirugía Torácica para valorar cirugía previa a QT. El fin del tratamiento quirúrgico es la resección completa de la tumoración y de todo el drenaje linfático intrapulmonar. Una resección incompleta, además de no mejorar la supervivencia, expone a complicaciones, empeora la calidad de vida y retrasa el tratamiento quimio o radioterápico. Existen numerosas etiologías que se manifiestan con tos crónica. Por ello, es fundamental hacer un correcto diagnóstico diferencial con entidades como goteo postnasal, asma, reflujo gastroesofágico, y cáncer broncopulmonar.

### Bibliografía

1. Pavord ID, Chung KF. Management of chronic cough. Lancet. 2008;371:1375-84.

2. Vlahos I, Stefanidis K, Sheard S, et al. Lung cancer screening: nodule identification and characterization. *Transl Lung Cancer Res.* 2018;7:288-303.

**Palabras clave:** Cáncer broncopulmonar. Ateletasia.