

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

A. Correas Galán^a, C. González Santana^a, M. Rodríguez Alonso^b y S. Peña Lozano^b

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza del Ejército. Valladolid. ^bMédico Residente de 2^o 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 megalías. 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 retraza el tratamiento químico 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.