



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/2471 - FARINGITIS PERSISTENTE

S. Manzano Sánchez-Miranda^a, S. García Cabrera^b, J. Abanades Herranz^c y N. Gamarra Mendoza^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Monovar. Madrid. ^bMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Monovar. Madrid. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Monovar. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 39 años, natural de Taiwán, que acude a nuestra consulta diagnosticada de faringitis aguda. Reinterrogada refiere tos de un mes de evolución con leve expectoración blanquecina y en dos ocasiones hemoptoica de escasa cantidad. Además dolor centrotorácico tipo pleurítico, astenia y febrícula de predominio vespertino. Niega síndrome constitucional. No otros síntomas. Antecedentes personales: azafata de vuelo, fumadora IPA = 10, no FRCV, no exposición laboral a tóxicos. Antecedentes familiares: abuela paterna no fumadora diagnosticada de cáncer pulmonar.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración física destaca hiperemia faríngea con adenopatías cervicales y disminución de la ventilación en campo pulmonar medio derecho. Dada la mala evolución del cuadro, solicitamos radiografía torácica urgente observando una consolidación-masa en lóbulo inferior izquierdo con múltiples opacidades circundantes parcheadas y adenopatías hiliares. Ante la sospecha de tuberculosis se deriva al Servicio de Urgencias para realizar baciloscopia urgente, que resulta negativa por lo que indican realización de TAC, previa administración de antibiótico dada la alta posibilidad clínica y radiológica de sobreinfección. TAC: masa pulmonar de 6,4 cm, adenopatías hiliares, mediastínicas y paratraqueales, lesión en suprarrenal izquierda. Estudio de extensión sin otros hallazgos. Mediastinoscopia con biopsia: adenocarcinoma de pulmón EGFR (exón 19).

Orientación diagnóstica: Descartada la posibilidad de tuberculosis y ante la presencia de masa pulmonar en paciente fumadora se deriva a Neumología para descartar neoplasia pulmonar confirmándose dicho diagnóstico mediante anatomía patológica e iniciándose tratamiento con afatinib.

Diagnóstico diferencial: Neumonía. Tuberculosis. Neoplasia pulmonar.

Comentario final: Hasta un 15-20% de los pacientes con cáncer pulmonar no microcítico presentan mutación EGFR. Esta frecuencia aumenta en el caso de mujeres, asiáticas, no fumadoras e histología tipo adenocarcinoma. La presencia de dicha mutación predice un mejor pronóstico, sensibilidad y respuesta a los inhibidores de la tirosin-kinasa. Actualmente, afatinib es el fármaco con mayor reducción significativa del tiempo libre de progresión en comparación con quimioterapia en este subtipo de pacientes EGFR positivo. El médico de atención primaria es sin duda un eslabón importante en el diagnóstico, y ante la aparición de tratamientos dirigidos que aumentan la supervivencia, la sospecha clínica es fundamental para una rápida y adecuada intervención.

Bibliografía

1. Wakelee H. Lung cancer in never smokers. UpToDate, 2017.

Palabras clave: Consolidación. EGFR. Fumador.