

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

424/3773 - DISNEA EN PACIENTE JOVEN

S. Castillo Higueras¹, B. Casado Ortega² y C. Serrano Baena¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bulevar. Jaén.²Médico Residente de Medicina Familiar Y Comunitaria. Centro de Salud Bulevar. Jaén.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 49 años que acude a consulta de Atención Primaria (AP) por dolor subcostal más acentuado en hemicuerpo derecho en esta última semana, refiere tos y expectoración matutina acompañada de disnea progresiva desde hace un año. Fumador de 20 cigarros/día desde hace 19 años. Es agricultor, sin exposiciones de riesgo ni vacunaciones anuales.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: hipoventilación global en hemicuerpo derecho; abdomen globuloso, blando, depresible, no doloroso a la palpación, no se palpan megalías; miembros inferiores sin edemas. Se solicita electrocardiograma: taquicardia sinusal a 115 lpm; analítica sanguínea con leucocitosis acompañada de ligera neutrofilia y radiografía torácica apreciándose derrame pleural inferior derecho. Se deriva a urgencias hospitalarias con sospecha de neumonía complicada, se cursa el ingreso y se realiza ecografía torácica observándose derrame pleural derecho, de unos 7 espacios intercostales, con lesiones mamelonadas que impresionan de implantes en pleura parietal. Marcadores tumorales normales siendo CA 125 el único valor alterado con 112 U/mL; TAC torácico: derrame pleural derecho con múltiples imágenes nodulares pleurales homolaterales sugerentes de malignidad. Parénquima pulmonar derecho de difícil valoración por el componente atelectásico. Posibles adenopatías en región hilar derecha, subcarinal y periesofágicas derechas. A nivel de 4-5º espacio intercostal anterior derecho se aprecia implante tumoral de unos 2,8 cm. Árbol traqueobronquial central permeable; TAC abdominal sin adenopatías, con dos lesiones hipodensas hepáticas y nódulos suprarrenales bilaterales en posible relación con afectación metastásica; videobroncoscopia sin toma de muestras, con mucosa bronquial derecha inflamada de forma generalizada pero sin lesiones de empedrado-infiltrado, con engrosamiento segmentario en lóbulo superior derecho que no permite el paso del broncoscopio. Árbol bronquial izquierdo sin alteraciones; toracocentesis negativa para células neoplásicas y biopsia pleural diagnóstica de mesotelioma con rasgos sarcomatoideos.

Orientación diagnóstica: Mesotelioma maligno sarcomatoide estadio IV.

Diagnóstico diferencial: Implantes tumorales. Neumonía complicada. Asbestosis.

Comentario final: Actualmente en tratamiento quimioterápico con cisplatino-pemetrexed con evolución favorable. Este caso nos demuestra la importancia que tiene desde AP la detección y posterior seguimiento de pacientes bronquíticos crónicos para detección precoz de enfermedades asociadas.

Bibliografía

1. Muruganandan S, Fitzgerald D, Lee Y. Malignant pleural mesothelioma presenting with remitting-relapsing pleural effusions: report of two cases. *Respirol Case Rep.* 2018;6(3):1-3.

Palabras clave: Disnea. Atención primaria. Mesotelioma.