



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/690 - DEL SEGUIMIENTO AL DIAGNÓSTICO

S. Anselmi González¹, F. Álvarez-Franco Cañas² y M. Arrimada García³

¹Médico de Familia. Centro de Salud José Aguado I. León. ²Médico de Familia. Centro de Salud Bañeza I. León. ³Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Astorga. León.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 66 años, sin antecedentes médicos de interés, valorado en consulta de Atención Primaria (AP) por presentar tos con expectoración blanquecina de 15 días de evolución, asocia disnea de esfuerzo y febrícula 37,7 °C que cede con paracetamol. Ante estado de pandemia actual, se realizan pruebas complementarias pertinentes con posterior aislamiento domiciliario, con tratamiento sintomático y antibiótico (levofloxacino + azitromicina) y seguimiento telefónico por AP.

Exploración y pruebas complementarias: BEG. FC 78 lpm, SatO₂ 97%, T^a 36,4 °C. ACP: ruidos rítmicos, no soplos. MVC, no ruidos sobreañadidos. Resto de exploración anodina. Estudio COVID (1): PCR negativo. Rx tórax (1): sin hallazgos patológicos. Ante persistencia clínica y aparición de adenopatías laterocervicales derechas, se decide nueva valoración y ampliación de estudio: Se palpa conglomerado adenopático supraclavicular derecho de unos 4 cm. ACP normal. Abdomen sin alteraciones. A/S: Función renal y hepática normal, PCR 206. Recuento normal con Hb 9,1, Hto 28. Estudio COVID (2): IgG positivo, IgM negativo, PCR negativo. Rx tórax (2): ensanchamiento mediastínico medio/inferior derecho, ocupación de ventana aorto-pulmonar por conglomerado adenopático. Eco: adenopatías patológicas en cadenas laterocervicales y supraclaviculares. Se comenta caso con Servicio de Neumología, derivándose al paciente para estudio. Anatomía patológica: adenopatía supraclavicular derecha: infiltración por carcinoma pobremente diferenciado con célula grande pleomórfica. TAC tóraco-abdominal: Conglomerados adenopáticos mediastínicos, adenopatía en hilio hepático y retroperitoneales. Pequeña LOE esplénica. Mínima consolidación paramediastínica en LM.

Orientación diagnóstica: Carcinoma pobremente diferenciado estadio IV. Enfermedad metastásica ganglionar.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad por coronavirus. Síndrome linfoproliferativo.

Comentario final: Pese a la situación de pandemia que se vive, y tratarse de un tumor pendiente de estudios, con origen primario desconocido, un seguimiento estrecho por parte del médico de cabecera, así como el uso oportuno de las consultas y pruebas complementarias de AP, ha permitido la detección y aproximación diagnóstica precoz de un tumor que supone entre 2-4% de todos los cánceres. Tras el abanico de patologías que nos rodean y surgen, es fundamental que desde AP se siga al paciente y se pueda ser resolutivo ante la toma de decisiones, para favorecer y mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

Bibliografía

1. Varadhachary G, Abbruzzese J. Carcinoma de origen primario desconocido. Abelloff. Oncología Clínica. 91:1694-702.

Palabras clave: Tos. Adenopatías.