



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

482/378 - TOS Y ALGO MÁS

E. Trillo Díaz

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nerja. Nerja. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 76 años, con antecedentes de hipertensión tratada con losartán 25 mg/día. Fumador 60 paquetes-años. Acude a consulta por tos seca de dos meses de evolución, junto con pérdida de peso no cuantificada. Asocia dificultad respiratoria en las últimas dos semanas.

Exploración y pruebas complementarias: Faringe hiperémica. Auscultación cardiopulmonar: rítmico. Hipoventilación global, más en hemitórax derecho. Roncus en hemitórax derecho. Rx tórax: Aumento de densidad en LSD con pérdida de volumen, pequeño derrame pleural derecho. Se recomienda completar estudio con TC tórax. Se pauta moxifloxacino/24h, 7 días. Se comenta con neumología y deciden ingreso. Analítica: creatinina 1,51, FG 44 ml/min/1,73. sodio 142 mEq/L, potasio 5,6 mEq/L. PCR 29,8. Hemoglobina 12,3 g/dl. Leucocitos 10,7 mill/L neutrófilos 75,2%. Espirometría: FVC 78%, FEV1 67%, FEV1/FVC 59. TC tórax: masa de lóbulo superior derecho espiculada con engrosamiento lineal peribroncovascular sugerente de linfangitis. Dos nódulos contralaterales. Adenopatías a nivel paratraqueal e hilio derechos. Derrame pleural derecho. PET/CT: lesión en LSD con elevado metabolismo glicolítico sugestiva de neoplasia primaria con adenopatías mediastínicas, hilar y supraclavicular derecha sugerivas de malignidad. Lesión pseudonodular en LSI con leve incremento metabólico en probable relación con lesión inflamatoria. Broncoscopia: lesión papilomatosa en pared lateral derecha de tercio distal. Biopsia: adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Citología: carcinoma de células grandes.

Orientación diagnóstica: Adenocarcinoma pulmonar T4N3Mx-estadio inicial IIIB. Derrame pleural secundario de escasa cuantía. EPOC moderado no agudizador FEV1 67%.

Diagnóstico diferencial: Granuloma infeccioso (tuberculosis, hongos, quiste hidatídico) Granuloma no infeccioso (artritis reumatoide, enfermedad Wegener, sarcoidosis) Tumores benignos Infecciones (abcesos pulmonar, neumonía...) Infarto pulmonar, silicosis.

Comentario final: Propuesto en comité oncológico se decide tratamiento con quimioterapia paliativa. Es importante hacer una captación activa de los posibles pacientes EPOC, sobre todo en mayores de 35 años, fumadores > 10 paquetes/año y que presenten sintomatología. No olvidarnos que la tos persistente puede ser causa de patología pulmonar crónica, pero también hay que estar alerta porque puede haber una causa maligna detrás, por lo que debemos fijarnos en otros síntomas acompañantes (en este caso pérdida de peso) y la evolución correcta del paciente con el tratamiento prescrito.

Bibliografía

1. Rodríguez García JL, Arévalo Serrano J, Azaña Defez JM, Balsa Barro J, Berbel García A, Contreras Sánchez JD, et al. Diagnóstico y tratamiento médico green book. Madrid: Marban; 2013.

Palabras clave: Tos. Disnea. Tabaco.