



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 204/180 - La primera sospecha no siempre es la correcta

D.M. Robaina Cabrera<sup>a</sup>, C. Fernández Galache<sup>b</sup>, A. García-Lago Sierra<sup>c</sup>, B. Martínez Sanz<sup>d</sup>, N. Guelai<sup>c</sup>, J.M. Bravo González<sup>e</sup>, M. Anta Fernández<sup>f</sup>, L.P. Salag Rubio<sup>b</sup>, I. Galán López<sup>g</sup> y J.L. Martín Varillas<sup>i</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>d</sup>Médico Residente de 2<sup>º</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dobra. Torrelavega. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zapotón. Torrelavega. Cantabria.

<sup>c</sup>Médico Residente de 2<sup>º</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Corrales. Los Corrales de Buelna. <sup>e</sup>Servicio de Urgencias; <sup>h</sup>Médico Residente de Reumatología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>f</sup>Médico Adjunto de Medicina Interna. Hospital Sierrallana. <sup>g</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Salud Saja. Cabezón de la Sal.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón 63 años. AP: dislipemia, HTA, obeso, fumador 50 paquetes/año. Tratamiento: simvastatina y furosemida. Acudía a su MAP por tos e incremento de disnea hasta hacerse de moderados esfuerzos. Nos comenta que lleva dos meses sin fumar. Se realiza interconsulta con Cardiología, se pide analítica, ECG y radiografía de tórax ambulatoria. Una semana después añade dolor centrotóracico mientras andaba, por lo que acudió a urgencias, se le administró NTG sublingual sin mejoría.

**Exploración y pruebas complementarias:** Atención primaria: auscultación pulmonar, crepitantes bibasales e hipofonesis en base derecha sugerente de derrame pleural. En urgencias exploración similar. FC: 103. Sat: 94%. TA: 185/97. Analítica sin alteraciones incluida la troponina de alta sensibilidad. ECG: desviación del eje a la izquierda. Rx tórax: derrame pleural derecho, patrón intersticial micronodular bilateral difuso.

**Juicio clínico:** Adenocarcinoma pulmón estadio IV (linfangiosis pulmonar).

**Diagnóstico diferencial:** SCA, TEP, IC vs EAP, neumonía, tuberculosis miliar.

**Comentario final:** Dado los factores de riesgo cardiovascular que presenta, en la primera consulta pensamos en insuficiencia cardiaca debido a una alteración estructural como hipertrofia ventrículo izquierdo. Podría ser una presentación de EPOC, aunque la auscultación no nos acompaña, el derrame pleural derecho y ausencia de roncus nos apoya más a IC. Con un dolor torácico hay que descartar un SCA, con apoyo en pruebas complementarias, como ECG, troponinas y Rx de tórax, en este caso nos deja una imagen de mal pronóstico. Una clínica similar la puede dar el TEP, ya que no responde a NTG sublingual, nos presentaba una taquicardia sinusal, arritmia más frecuente, con una saturación no muy alarmante y el antecedente de una vida más sedentaria por su disnea. El diagnóstico final no nos debería de sorprender, ya que a pesar de que hemos estado pensando en causas cardiovasculares debido a sus antecedentes, recordamos que era un fumador muy importante, principal factor de riesgo para padecer cáncer pulmonar.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Midthun DE. Overview of the risk factors, pathology, and clinical manifestations of lung cancer. Uptodate, 2015.

2. Hollander JE, Chase M. Evaluation of the adult with chest pain in the emergency department. Uptodate, 2016.