



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

452/157 - DOCTORA, HOY ME TOCA SINTROM

I. Castillo Torres¹, A. Torres Fernandez², A. Villota Bello³, B. Urdín Muñoz³, M. Sarvise Mata⁴, M. Ineva Santafé³

¹Médico Residente en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Fuentes Norte. Zaragoza.²Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Isabel. Zaragoza,³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 56 años con antecedentes de prótesis aórtica en tratamiento con Sintrom que acude a su centro de salud para nueva pauta, obteniéndose INR no valorable en 3 mediciones realizadas. Refiere buena adherencia terapéutica. No traumatismo previo ni signos de sangrado externo. Ante la imposibilidad de determinar el estado de la coagulación, su médico de atención primaria (MAP) propone traslado a Urgencias. Antecedentes personales: sin alergias, fumador desde los 18 años, actualmente de pipa. Antecedentes familiares: cáncer de pulmón en padre, madre y hermana.

Exploración y pruebas complementarias: En Urgencias es reevaluado, refiriendo síntomas catarrales con expectoración verdosa en las últimas dos semanas, fiebre de 38 °C y disfonía progresiva a lo largo del día. Normotenso, taquicárdico, con crepitantes en base izquierda. Analítica: leucocitos 37.300, hemoglobina 10 g/dL, plaquetas 677.000 (leucocitosis, anemia, trombocitosis). INR 7,96. Rx tórax: atelectasia completa de lóbulo superior izquierdo (LSI) con retracción de cisura mayor e hiperinsuflación compensadora de lóbulo inferior izquierdo (LII) sin desplazamiento mediastínico. Se administra fitomenadiona (vitamina K1) y se ingresa para continuar el estudio. Durante el ingreso, se restablece un INR 1,42 y se realiza un TAC torácico: masa parahiliar izquierda de 6 cm que obstruye bronquio de LSI con atelectasia asociada. Adenopatías metastásicas axilar izquierda, y mediastínicas difusas. Hemorragia pulmonar en LII; fibrobroncoscopia: lesión mamelonada en tercio distal del bronquio pulmonar izquierdo con necrosis que obstruye 80% de la luz bronquial; Biopsia: compatible con célula pequeña, pobemente diferenciada, CD117+, CK7+, CD56+. Dada su extensión, el paciente inicia ciclos de quimiorradioterapia, es seguido por Oncología y MAP asiduamente.

Juicio clínico: Cáncer broncogénico microcítico con metástasis ganglionares.

Diagnóstico diferencial: Cáncer broncogénico, neumonía nosocomial, sobredosificación de Sintrom.

Comentario final: El cáncer de pulmón de célula pequeña se presenta con mayor frecuencia en pacientes muy fumadores y se caracteriza por tener una capacidad de crecimiento y diseminación elevadas. Siendo inicialmente tratable con ciclos de radioterapia y quimioterapia, su supervivencia todavía es escasa en la enfermedad metastásica. Para la Atención Primaria supone un reto asistencial concienciar a los pacientes de la importancia del cese del hábito tabáquico, así como implementar hábitos de vida saludables. A pesar de que todavía no se ha establecido un programa de cribado, se estudia la tomografía axial computarizada de baja dosis como una prometedora herramienta que permita hacer una detección temprana de lesiones pulmonares.

Bibliografía

Novello S , et al, on behalf of the ESMO Guidelines Committee, Metastatic non-small-cell lung cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2016;27(Suppl_5)v1–v27.

Palabras clave: Cáncer microcítico. Neumonía. Fumador.