



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

452/80 - PIENSA MAL Y NO SIEMPRE ACERTARÁS

J. Sánchez Melús¹, C. Ortigosa Bea², I. Chueca Gormaz³, L. Mata Crespo², C. Olvera Tenezaca⁴, F. Angoso Berrocal⁵

¹Médico Residente en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Calatayud Norte. Zaragoza. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Calatayud Norte. Zaragoza. ³Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Calatayud Norte. Zaragoza. ⁴Hospital Ernest Lluch. Zaragoza. ⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Almunia de Doña Godina. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 66 años, exfumador de un paquete/día, acude a consulta por tos irritativa de más de 6 semanas que no cede con analgesia ni antitusígenos. Refiere haber presentado hoy expectoración con trazas hemáticas. Afebril. No disnea ni ortopnea. No otra clínica acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, normohidratado y normocoloreado. Auscultación cardiopulmonar anodina. No edemas en miembros inferiores ni signos de TVP. TA 143/91, FC 101 lpm, SatO2 94%. Analítica sanguínea con parámetros normales, coagulación normal y leucocitos 12.500 con 68% de neutrófilos. En radiografía se aprecia masa en lóbulo derecho, ante lo que se decide solicitar TAC al día siguiente. En él se aprecia esta masa de 3 × 2,9 × 2,6 cm en contacto con mediastino anterior y con derrame pleural asociado, junto con adenopatías supraclaviculares derechas y subcarinales. Dado los hallazgos radiológicos, se solicita espirometría con alteración restrictiva leve y prueba broncodilatadora negativa y un PET-TC donde se ve una baja captación de glucosa en esta lesión, sin adenopatías hipermetabólicas y una ecobroncoscopia cuyas muestras son negativas para malignidad celular.

Juicio clínico: Seudotumor inflamatorio.

Diagnóstico diferencial: Nódulo pulmonar solitario. Cáncer pulmonar. Neumonía lobar.

Comentario final: Ante este hallazgo y con los antecedentes mencionados, lo más esperable era la etiología maligna (la más frecuente siempre que encontramos masa > 3 cm). Con todas las pruebas complementarias se descartó, siendo muy difícil etiquetarlo dentro de un diagnóstico. Por tanto, este es un caso de la multitud de etiologías posibles de masa pulmonar benigna (congénitas como el quiste broncogénico, infecciosa como los abscesos pulmonares, inflamatorias como la enfermedad de Wegener o sarcoidosis y una miscelánea que engloba masas secundarias a insuficiencia cardíaca, neumoconiosis...). Actualmente, en diversos controles, la masa ha desaparecido y el paciente se encuentra en seguimiento por Neumología para valorar etiología inflamatoria, donde se le han solicitado pruebas de inmunidad humoral y celular.

Bibliografía

Fornell-Pérez, R. Santana-Montesdeoca, J. García-Villar, C. Camacho-García, M. Two Types of Presentation of Pulmonary Inflammatory Pseudotumors. Arch Bronconeumol. 2012;48(8):269-99.

NICE Clinical Guideline 24. Luna cancer: the diagnosis and treatment of lung cancer. Disponible en:
<http://www.nice.org.uk/CG024NICEGuideline>

Palabras clave: Neoplasias pulmonares. Nódulo pulmonar solitario. Tabaco.