



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



253/65 - UN MONSTRUO VIENE A VERME

M. Caballero Sánchez^a, A. Cayuela López^b, R. de Mena Poveda^c, J. Caballero Cánovas^c, A. Zaragoza Ripoll^d y P. Meseguer García^a

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Ñora. Murcia. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Ñora. Murcia. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés. Murcia. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cieza Este. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 45 años que acude a nuestra consulta por sensación de inflamación/opresión cervical irradiado a la región superior de ambos hemitórax de dos semanas de evolución, acompañado de disnea de grandes esfuerzos. Discreta sensación de inflamación facial, no en miembros superiores. Refiere mareo de tipo inestabilidad con movimientos como al agacharse. Como antecedentes de interés fumador de 20 cig/día y padre fallecido por neoplasia pulmonar. Trabaja como coordinador en planta de residuos (vertedero).

Exploración y pruebas complementarias: Auscultación cardíaca: ritmo sinusal a 78 latidos por minutos, sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado. Miembros inferiores sin edemas. Dolor a la palpación cervical anterior e inserción muscular de ambas clavículas. Desde atención primaria se realiza ECG, analítica general y radiografía cervical, anodinas. Radiografía de tórax donde se aprecia masa parahiliar derecha con compromiso mediastínico.

Juicio clínico: Masa pulmonar a estudio.

Diagnóstico diferencial: EPOC, infección respiratoria y pericarditis.

Comentario final: Ante los antecedentes personales y la placa de tórax se decide derivar al paciente a urgencias hospitalarias. El paciente es ingresado en la planta de neumología, donde se le realiza TC de tórax y cerebral con contraste, con hallazgos de masa sugestiva de neoformación en mediastino, paratraqueal derecho e hilio pulmonar. Infiltración de vena cava superior con reducción severa de su calibre, ocluyendo luz de bronquio lobar superior derecho. Lesiones suprarrenales y cerebrales sugestivas de metástasis. Se confirma la sospecha diagnóstica tras muestra endobronquial extraída mediante broncoscopia, con anatomía compatible con carcinoma pulmonar de célula pequeña. El paciente paso a cargo de oncología con diagnóstico de Carcinoma de células pequeñas. Estadío IV y síndrome de vena cava superior. En tratamiento actualmente con radioquioterapia. Conclusión: el carcinoma pulmonar de células pequeñas supone cerca del 15% de todos los casos de cáncer de pulmón, siendo considerado el más agresivo, quimiosensible y con peor pronóstico. El factor de riesgo más importante en la aparición de este tipo de neoplasia es la exposición al humo de cigarrillos, observándose en el 90% de los pacientes. Además se ha observado

tres veces más de probabilidades de presentar esta neoplasia en familiares de primer grado de pacientes que la han padecido, como en nuestro caso. En cuanto a la clínica, este tipo de tumor suelen permanecer silente durante meses siendo el síntoma más frecuente la tos. En nuestro paciente el síntoma que despertó nuestra atención fue un edema en esclavina compatible con un síndrome de vena cava superior, muy sugestiva de carcinoma pulmonar, especialmente de células pequeñas.

Bibliografía

1. Wender R, Fontham E, Barrera E, et al. American Cancer Society lung cancer screening guidelines. CA Cancer J Clin. 2013;63:106-17.
2. National Cancer Institute. Physician Data Query (PDQ). Small Cell Lung Cancer Treatment. 2015.

Palabras clave: Carcinoma de células pequeñas. Disnea. Metástasis linfática.