

IMÁGENES EN MEDICINA DE FAMILIA

¿Diagnosticamos tarde el cáncer de pulmón en Atención Primaria?

Do we diagnose lung cancer late in Primary Care?

Á. Redondo-Sendino*, M.A. Perea-Amurrio y M.R. Martín-Cano

Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Canillejas, Madrid, España

Presentamos 2 casos de pacientes con cáncer de pulmón diagnosticados tardíamente en Atención Primaria.

El primer caso es el de un varón de 78 años, exfumador desde hace un año de 30 paquetes al año, con antecedentes de paquipleuritis en relación con exposición al amianto, diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Acude a consulta por un cuadro de tos con expectoración hemoptoica, astenia, anorexia y pérdida de 5 kg, de 2 meses de evolución. La auscultación pulmonar es normal. En la radiografía de tórax se observa agrandamiento del hilio derecho y un nódulo en base derecha (fig. 1). Se deriva para completar estudio de masa pulmonar, y se confirma el diagnóstico de cáncer de pulmón microcítico estadio IV con metástasis pancreática y suprarrenal.

En el segundo caso, presentamos un varón de 61 años, fumador de 51 paquetes al año, con antecedentes de hipertensión arterial y cardiopatía isquémica. Presenta tos seca, disnea de moderados esfuerzos, astenia, anorexia y pérdida de 30 kg en 10 meses. En la auscultación pulmonar hay ausencia de murmullo vesicular en todo el hemitórax izquierdo. La radiografía de tórax urgente muestra una opacificación del hemitórax izquierdo con pérdida de volumen (fig. 2). La tomografía axial computarizada confirma la presencia de una masa pulmonar izquierda que obstruye el bronquio principal izquierdo y provoca atelectasia completa del pulmón.

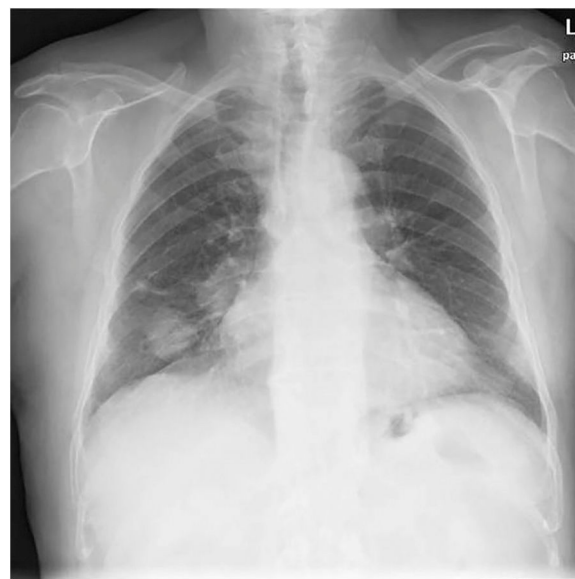


Figura 1 Radiografía de tórax con hilio derecho aumentado y nódulo en base pulmonar derecha.

El cáncer de pulmón es la primera causa de mortalidad por cáncer en el mundo¹. El diagnóstico precoz es muy importante para mejorar la supervivencia². La detección temprana es un gran desafío en Atención Primaria, dado que la mayoría de los pacientes con cáncer de pulmón no diagnosticado solicita asistencia en primer lugar al médico de familia y más de un tercio consulta 3 o más veces al

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aurearedondo@hotmail.com
(Á. Redondo-Sendino).

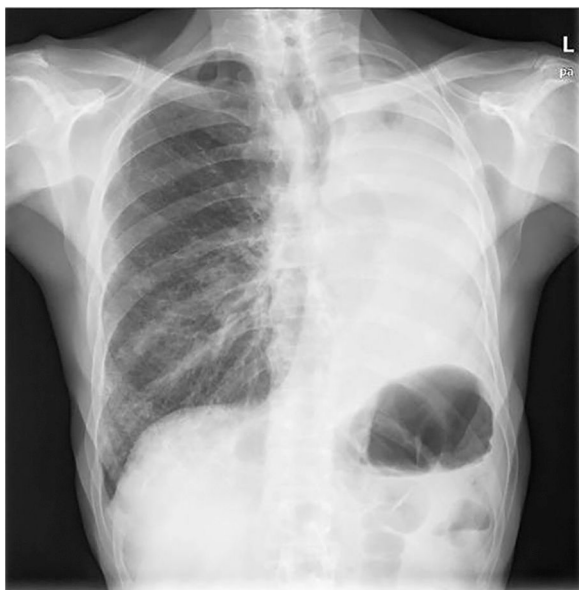


Figura 2 Radiografía de tórax con opacificación completa del hemitórax izquierdo con importante pérdida de volumen del pulmón izquierdo.

médico antes de ser derivado para estudio^{3,4}. En la actualidad solo disponemos de la historia clínica y la radiografía de tórax para detectarlo. No existen marcadores tumorales específicos ni son accesibles otras pruebas de imagen en Atención Primaria. Aunque la tomografía axial computarizada de baja dosis como prueba de cribado en personas asintomáticas con riesgo elevado de cáncer de pulmón ha demostrado que detecta la enfermedad en estadios más precoces y que disminuye la mortalidad, su utilización no está generalizada ni es una prueba disponible actualmente en nuestras consultas^{2,3}.

El cáncer de pulmón en estadio precoz suele ser asintomático y, cuando aparecen síntomas, la enfermedad ya está avanzada y presenta mal pronóstico. La clínica inicial es inespecífica o se manifiesta como síntomas respiratorios comunes a otras enfermedades benignas⁵. La guía NICE basa sus recomendaciones para realizar una radiografía de tórax en la historia clínica. Son síntomas de sospecha la tos, la disnea, el dolor torácico, la astenia, la pérdida de peso y la anorexia. Se recomienda realizar una radiografía de tórax

urgente (en menos de 2 semanas) en pacientes de 40 o más años con 2 o más de estos síntomas, con un síntoma si han fumado alguna vez en su vida o si presentan infección pulmonar persistente o recurrente, acropaquias, adenopatía supraclavicular o cervical persistente o trombocitosis. Se aconseja derivar para estudio con sospecha de malignidad (cita en menos de 2 semanas) si se observan alteraciones sugerentes de cáncer de pulmón en la radiografía de tórax y a los pacientes de 40 o más años con hemoptisis no explicada por otra causa⁶.

Para realizar el diagnóstico más temprano, y hasta que no se consoliden otras pruebas de cribado, los médicos de familia debemos mantener un nivel adecuado de sospecha clínica, solicitar una radiografía de tórax en pacientes de alto riesgo que presenten síntomas sugerentes de cáncer de pulmón y realizar un seguimiento estrecho a los pacientes con síntomas persistentes y radiografía de tórax normal³.

Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Bibliografía

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018;68:394–424.
2. Marzo-Castillejo M, Vela-Vallespín C, Bellas-Beceiro B, Bartolomé-Moreno C, Melús-Palazón E, Vilarrubí-Estrella M, et al. Recomendaciones de prevención del cáncer. Actualización PAPP5. 2018.
3. Bradley SH, Kennedy MP, Neal RD. Recognising lung cancer in Primary Care. *Adv Ther.* 2018. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12325-018-0843-5> (Published on line 29 November 2018).
4. Neal RD, Hamilton W, Roger TK. Lung cancer. *BMJ.* 2014;349:g6560.
5. Elgeadi Saleha W, Alejandro Carmona S, Julián Viñals R. A propósito de 2 casos; el cáncer de pulmón como hallazgo casual en la radiografía de tórax. *FMC.* 2016;23:43–4.
6. NICE guidelines. Suspected cancer: Recognition and referral. Clinical guideline 12. NICE; 2015 [consultado 8 dic 2018]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng12>.