

Placa de tórax pluripatológica

Sabaté Cintas V

ABS Creu Alta. Sabadell (Barcelona)

Presentamos el caso clínico de un paciente de 82 años sin alergias medicamentosas conocidas, exfumador desde hace 8 años. Antecedentes patológicos de hipertensión arterial, dislipemia, EPOC y silicosis pulmonar (trabajó 10 años en minas de plomo). Tratamiento actual: furosemida (40 mg/día), atorvastatina (20 mg/día), salmeterol cada 12 horas, fluticasona cada 12 horas, salbutamol a demanda, paracetamol (500 mg) si dolor.

Acude a la consulta por cuadro respiratorio de tos con expectoración marronácea y hemoptisis de 10 días de evolución. Refiere sensación distérmica y presencia de sibilancias sin empeoramiento de su disnea habitual. En la exploración encontramos al paciente consciente y orientado, bien hidratado, con ligera palidez cutáneo-mucosa y mínima disnea basal de reposo. Temperatura 37,5°, presión arterial 145/90, frecuencia cardiaca 80 lpm, frecuencia respiratoria 20 por minuto. La auscultación cardiaca es normal. En la auscultación pulmonar se detectan sibilancias diseminadas en ambos hemitórax con hipofonesis en base pulmonar derecha y crepitantes en base izquierda.

Tabla 1. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL (TOS + HEMOPTISIS):

- Bronquitis aguda
- EPOC reagudizado
- Bronquiectasias sobreinfectadas
- Neumonía
- Tuberculosis
- Carcinoma bronquial
- Tromboembolismo pulmonar con infarto pulmonar

Tras valorar los posibles diagnósticos (*tabla 1*) se solicita una radiografía de tórax para estudio. El informe de la radiografía describe enfermedad pulmonar obstructiva crónica, atrapamiento aéreo, engrosamiento pleural, calcificaciones mediastínicas en cáscara de huevo sugestivas de silicosis, masa en lóbulo inferior derecho (LID) sugestiva de neoplasia pulmonar, nivel hidroaéreo en lóbulo inferior izquierdo (LII) sugestivo de sobreinfección (*imagen 1*).

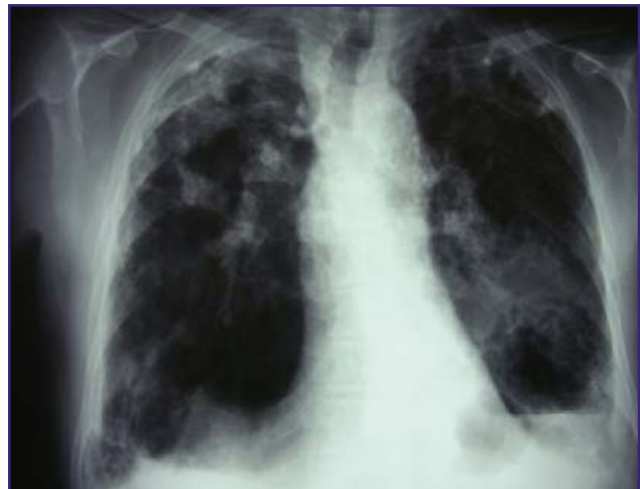


Imagen 1

Se diagnostica neumonía en LII y se inicia tratamiento con moxifloxacino, mucolíticos y antitérmicos durante 10 días. La evolución clínica fue buena. Paralelamente se solicita TAC torácica para valoración de la masa pulmonar en LID. En la TAC se detecta masa compatible con neoplasia pulmonar en LID de unos 4 cm de diámetro. Se realiza biopsia y se confirma el diagnóstico de carcinoma poco

diferenciado de células no pequeñas, sugestivo de carcinoma escamoso de pulmón. El estudio de extensión cataloga el tumor en el estadio T2N0M0. Debido a la mala función pulmonar de base de nuestro paciente, el tumor es inoperable. Se realiza

radioterapia y quimioterapia y se consigue reducción del tamaño tumoral.

Actualmente se encuentra en tratamiento paliativo y muy limitado para las actividades de la vida diaria por su disnea basal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Katou Y, Shinkai T. Respiratory system. *Gan To Kagaku Ryoho* 2008;35:2311-5.
2. Hoheisel G, Winkler J, Gessner C, Hammerschmidt S, Seyfarth HJ, Wirtz H, Gillissen A. How to interpret

- pulmonary symptoms in elderly patients. *MMW Fortschr Med* 2008;150:41-3.
3. Tseimakh EA, Levin AV, Zimonin PE. Pulmonary hemorrhages. *Probl Tuberk Bolezn Legk* 2008;(8):3-7.