

San Sebastián 2017
18-20 Mayo

AUTORES: María García Palacios, Dánae Fernández Camacho, María Consuelo Quesada Martínez, Carmen Espín Giménez, Raul Lesmes Navarro Silvente, María Dolores Medina Abellán

MOTIVO CONSULTA:

Disnea



ANTECEDENTES PERSONALES

HTA, DM2
Obesidad
TBC en la infancia
Cirugías previas: colecistectomía

URGENCIAS

Hemocultivo, test de auramina, cultivo de micobacterias en esputo y se aísla respiratoriamente.

INGRESO INFECCIOSAS

TAC torácico-abdominal: metástasis pulmonares, adenopáticas, mediastínicas y retroperitoneales superiores, probable afectación metastásica ósea vertebral y en iliacos.

Mamografía bilateral: normal.

Marcadores tumorales: CA 15.3, CA 125, CEA 49.16 aumentados. Resto normales.

PAAE: positiva carcinoma no microcítico, bien diferenciado de origen bronquioloalveolar.

TAC craneal: lesiones óseas intradiploicas predominio lítico, algunas con erosión de tabla interna, podrían corresponder con metástasis.

Esófagogastropcopia: reducción del calibre esófago tercio proximal, en probable relación con compresión extrínseca focal.

CONCLUSIÓN: El carcinoma bronquioloalveolar es la forma más común en no fumadores, en mujeres y asiáticos, supone el 5% de neoplasias primarias de pulmón. Inicialmente es un nódulo periférico sin casi síntomas, en esta etapa la supervivida a 5 años es del 75 a 80%. En fase avanzada, produce microdiseminación comprometiendo al pulmón, presentando sintomatología variada, la más frecuente: tos irritativa, taquipnea y toracalgia. Desde Atención Primaria, además de una adecuada y completa anamnesis y exploración física, y ante la sospecha clínica o presencia de disnea, es indispensable realización de radiografía de tórax ya que nos guiará en el diagnóstico, pudiendo detectar elementos sospechosos.

JUICIO CLÍNICO
Adenocarcinoma bronquioloalveolar IV

CONSULTA ATENCIÓN PRIMARIA

ENFERMEDAD ACTUAL

Mujer de 67 años está siendo estudiada por disnea de grandes esfuerzos, de 3 meses de evolución.

Análítica, ECG y espirometría: NORMALES

Se deriva a Cardiología realizando ecocardiograma sin evidencia de patología, descartando insuficiencia cardíaca.

A los 3 meses, vuelve a consulta, la disnea se ha hecho de reposo, y desde hace 2 semanas, se acompaña de tos seca, sibilantes y expectoración hemoptoica. Ha perdido 8 kg de peso sin otros síntomas.



EXPLORACIÓN FÍSICA:

Taquipneica, adenopatías supraclaviculares.
ACP: sibilancias diseminadas

ANALÍTICA:

HG, BQ, COAG: normal.
GV: pH 7.471, pCO2 30.6, HCO3 22.1.
Rx tórax: patrón micronodular bilateral

Se deriva a **URGENCIAS**

SOSPECHA:
TBC
Sarcoidosis
Silicosis
Histiocitosis células Langerhans
Metástasis

