

## CUANDO EL PRIMER DIAGNÓSTICO NO ES EL DEFINITIVO

*Autores:* Velázquez Álvarez J (1), Pérez Bol R (1), Cuesta Pérez-Camino A (2), Crespo González S (1), Augusto Rendo B (3), Díez Cruz C (4)  
*Centro de trabajo:* (1) Médico de Familia C.S.Cudeyo, (2) Médico SUAP C.S.Colindres, (3) Enfermera C.S.Cudeyo, (4) Médico SUAP C.S Ampuero

### INTRODUCCIÓN:

Las posibilidades de seguimiento de un paciente con patología cambiante, permiten al médico de cabecera intervenir en el proceso diagnóstico, gracias a un enfoque global de la clínica inicial, los resultados de las pruebas complementarias y la evolución de la enfermedad en las sucesivas visitas.

### DESCRIPCIÓN SUCINTA DEL CASO:

Varón de 54 años, exfumador de 3 paq/día, hipertenso, roncador sin apnea del sueño (SAHOS). Acude a consulta por tos persistente y febrícula intermitente de larga evolución. Aparición progresiva de disnea. Reconocimiento de empresa reciente: normal. Se solicita radiografía de tórax: condensación parenquimatosa en lóbulo superior derecho (LSD) y broncograma aéreo compatible con proceso neumónico. Se recomienda control en 4-6 semanas tras tratamiento antibiótico. Rx a las 2 semanas: sin cambios. Petición de TAC.

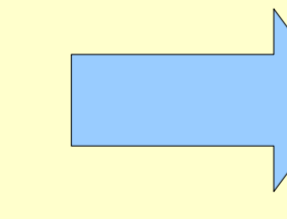
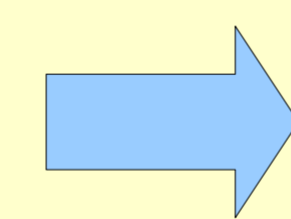
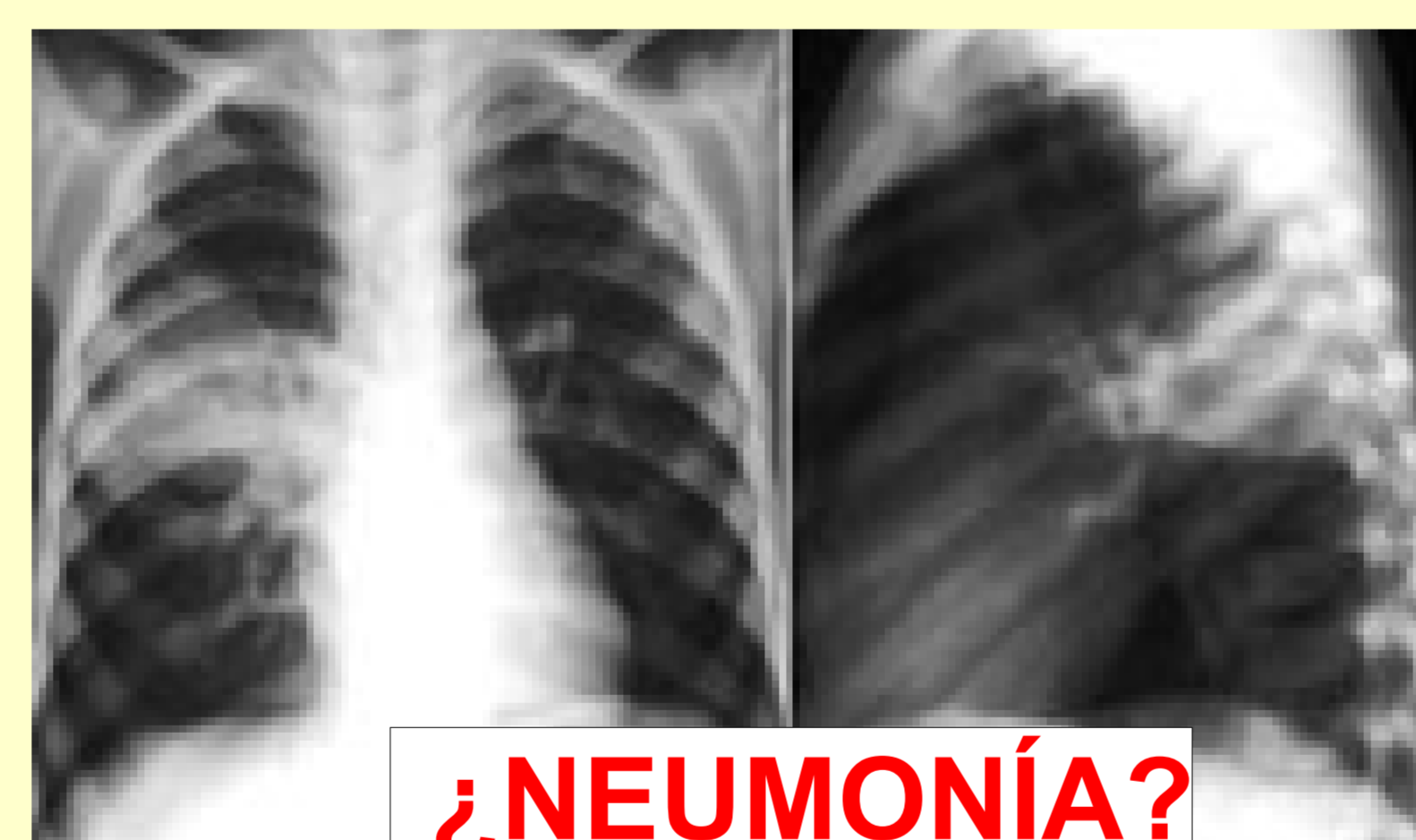
En este intervalo de tiempo, acude refiriendo antecedentes familiares antiguos de tuberculosis (TBC). Hacemos Mantoux: 20mm. Intentando acelerar el estudio, se deriva a Infecciosas. Cultivo de esputo x3 negativo y adelantan TAC: neoformación en LSD con adenopatías hiliares y subcarinales. Broncoscopia: masa endobronquial a nivel de LSD. Anatomía patológica: carcinoma epidermoide.

Diagnóstico diferencial: neumonía vs TBC vs carcinoma pulmonar.

### ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN:

Aunque la mayor parte de las veces el diagnóstico y tratamiento pueden ser iniciados y concluidos desde la consulta, el amplio espectro de posibilidades ante un paciente con tos, febrícula y disnea, y los

dilatados tiempos de espera entre pruebas diagnósticas no concluyentes, obligan a estar atentos a los cambios clínicos que se puedan producir para poder acelerar el estudio. La forma de progresión de las distintas patologías, orienta hacia la elección de la técnica diagnóstica y/o terapéutica más eficaz, evitando demoras y mejorando la morbimortalidad, factores muy importantes a tener cuenta en enfermedades con un pronóstico tan sombrío.



**PALABRAS CLAVE:** Carcinoma pulmonar; demora diagnóstica; disnea.

### BIBLIOGRAFÍA:

1. Clemente MG, Escudero C, Alonso M, Carro F, Cocina B et al. Demora diagnóstica en el carcinoma broncogénico. Arch Bronconeumol. 2004;20(supl.2):1-151.
2. López Encuentra A, Martín de Nicolás JL, Casado López M, De Miguel Poch E, Marrón Fernández C y Grupo Cooperativo de Carcinoma Broncogénico de SEPAR (GCCB-S). Demoras en el diagnóstico y en el tratamiento quirúrgico del carcinoma broncogénico. Arch Bronconeumol. 1998;34:123-6.