



# El reto diagnóstico del médico de familia: cáncer de pulmón en pacientes no fumadores

*The diagnostic challenge for the family physician: lung cancer in non-smoking patients*

**Cristian Montero Peña:** Médico de familia en el Centro de Salud Don Benito Oeste de Don Benito (Badajoz).

**Diego Murillo García:** Médico de familia en el Centro de Salud de Pueblonuevo del Guadiana (Badajoz).

**Alexis Arjona Bravo:** Médico de familia en el Centro de Salud de Casar de Cáceres (Cáceres).

Correspondencia: [dmg\\_23@hotmail.com](mailto:dmg_23@hotmail.com)

Sr. editor:

Todos estamos actualizados en la patología frecuente que tratamos día a día en la consulta de Atención Primaria, como puede ser el manejo de la hipertensión arterial o la diabetes mellitus tipo II. Pero, a propósito de compartir el caso clínico de un amigo y superviviente del adenocarcinoma de pulmón, aprovechamos para repasar “lo último” de un tema importante que a veces no tenemos presente en el diagnóstico diferencial de la patología respiratoria crónica desde la consulta de Atención Primaria o las propias guardias de los servicios de urgencias: el cáncer de pulmón en pacientes no fumadores.

Hace exactamente seis años, un estudiante varón de veintitrés años, natural del levante español, sin antecedentes familiares oncológicos, sin antecedentes personales médico-quirúrgicos de interés ni hábitos tóxicos presentó, en dos inviernos consecutivos, el tercer episodio de neumonía adquirida en la comunidad asociada a dolor en el hemitórax derecho de tipo pinchazo y todo el brazo derecho. La

radiología convencional de tórax reveló un aumento de densidad, de manera constante, en el lóbulo superior del pulmón derecho. Tras la ampliación de los estudios con una tomografía computarizada de alta resolución de tórax e histología, se objetivó un hallazgo compatible con carcinóide atípico de 6 x 3 milímetros de tamaño en el ápex del pulmón derecho, sin enfermedad a distancia en el estudio de extensión. Gracias al tratamiento quirúrgico, el paciente se encuentra libre de enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud define el cáncer pulmonar como aquel que se origina en el epitelio respiratorio (bronquios, bronquiolos y alvéolos). Existen cuatro tipos celulares principales: adenocarcinoma, carcinoma epidermoide, neuroendocrino de células pequeñas y carcinoma de células grandes<sup>1</sup>. Los fumadores tienen diez veces más riesgo de presentar cáncer pulmonar en comparación con las personas no fumadoras.

Según la Sociedad Española de Oncología Médica, el cáncer de pulmón fue el tercer tipo de cáncer más diagnosticado en España en 2022, tras el cáncer de



colon y recto, y el cáncer de mama. Se estima que el 25 % de los casos de cáncer de pulmón en el mundo se dan en personas que nunca han fumado. El papel relevante en estos casos de “no fumadores” recae en los factores ambientales como el tabaquismo pasivo, la polución y la exposición al radón<sup>2</sup>. Además, es más frecuente en mujeres y en edades tempranas, lo que apunta al adenocarcinoma como el tipo histológico más común.

En el adenocarcinoma de pulmón, los neumocitos tipo II (o células epiteliales alveolares) son los responsables de la capacidad de generar tumores de este tipo. Una mutación poco común de la línea germinativa (T790M), que participa en el receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR, *epidermal growth factor receptor*), puede estar relacionada con la susceptibilidad al cáncer pulmonar en personas que nunca han fumado. Además, se apunta a la susceptibilidad que presenta un locus del brazo largo del cromosoma 6, de cara al posible aumento del riesgo de cáncer de pulmón entre individuos con tabaquismo leve o que nunca fumaron. Aunque ha habido adelantos, todavía queda mucho por hacer para identificar los factores de riesgo hereditario para el cáncer pulmonar. A día de hoy no existen criterios moleculares ni de imágenes que permitan estrategias específicas de prevención. Por ello, el antecedente familiar de cáncer de pulmón es uno de los indicios más importantes a considerar en nuestro caso índice.

Solo el 15 % de los pacientes con cáncer de pulmón manifiestan síntomas en el momento de su diagnóstico inicial<sup>3</sup>. El diagnóstico suele obtenerse de forma casual mediante una radiografía de tórax indicada por otras razones. El estudio de un posible cáncer de pulmón se suele poner en marcha ante la

probabilidad de que una lesión anatómica en el pulmón, estudiada por prueba de imagen, sea maligna o presente un proceso patológico en el seguimiento. La mayoría de los signos o síntomas que presentan los pacientes se deben a: 1) la propia lesión pulmonar (crecimiento tumoral local, invasión y obstrucción), 2) la diseminación tumoral intratorácica-regional a los ganglios linfáticos y las estructuras adyacentes, 3) la diseminación extratorácica-distante del proceso, o 4) los síndromes paraneoplásicos<sup>5</sup>. Los síntomas iniciales habituales del cáncer de pulmón son: tos, disnea, dolor, hemoptisis y pérdida de peso. Se observa anorexia en el 30 % de los pacientes, astenia en un tercio de los pacientes y anemia y fiebre entre el 10 % y el 20 % de los casos. Más del 80 % de los pacientes presentan inicialmente tres o más síntomas o signos como consecuencia del cáncer pulmonar. No se debe olvidar la presentación clínica de infecciones respiratorias de repetición sin factor de riesgo aparente. Entre los síndromes paraneoplásicos asociados al cáncer de pulmón cabe destacar el síndrome de la hormona antidiurética inapropiada, la hipercalcemia, la osteoartropatía hipertrófica pulmonar, el síndrome miasténico de Eaton-Lambert y el síndrome de Cushing.

En resumidas cuentas, el seguimiento que realiza el médico de familia a las personas que en un determinado momento se encuentren libres de enfermedades o tengan patologías respiratorias implica la posible detección de ciertos datos clínicos, analíticos y radiológicos, que en conjunto precisan de estudios más complejos. Esto resalta la importancia de disponer de un buen acceso a la comunicación con especialistas de otras áreas como neumología o medicina interna, que permiten un manejo multidisciplinar del paciente con patologías respiratorias.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Jameson J, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J. eds. Harrison. Principios de Medicina Interna, 20e. McGraw Hill; 2018.
2. Rozman, C., Cardellach, F. Medicina interna de Farreras. v. 1. 19 ed. Elsevier; 2020.
3. Goldman, L., Schafer, I., Goldman-Cecil, A., Tratado de medicina interna, 26 ed. Elsevier; 2021.
4. Gould M.K., Tang T., Liu I.L., Lee J., Zheng C., Danforth, K., et al. Recent Trends in the Identification of Incidental Pulmonary Nodules. *Am J Respir Crit Care Med*. 2015; 192(10): 1208-1214. Disponible en: <https://doi.org/10.1164/rccm.201505-0990oc>
5. Gozzard P., Woodhall M., Chapman C., Nibber A., Waters P., Vincent A., et al. Paraneoplastic neurologic disorders in small cell lung carcinoma: a prospective study. *Neurology* 2015; 85(3):235-239. Disponible en: <https://doi.org/10.1212/wnl.0000000000001721>