

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v6i1.3531>

## Neoplasia pulmonar, diagnóstico en el primer nivel de atención: A propósito de un caso

Pulmonary neoplasia, diagnosis at the first level of care: A case report

**Rodrigo Jamphier Guarnizo Arévalo**

rodriguitorko@gmail.com  
<https://orcid.org/0009-0009-4434-663X>  
Médico General  
Loja – Ecuador

**Andrea Jhulissa Ricaurte Armijos**

andreayulisa-22@hotmail.com  
<https://orcid.org/0009-0005-1318-7315>  
Médico General  
Zamora – Ecuador

**Claudia Sofía Sarmiento Sinche**

claudia.sarmiento1098@gmail.com  
<https://orcid.org/0009-0004-7639-1113>  
Médico General  
Loja – Ecuador

**Rolando Fabricio Espinosa Masa**

rolandoespinosamasa@gmail.com  
<https://orcid.org/0009-0009-8010-913X>  
Médico General  
Loja – Ecuador

**José David Macas Beltrán**

j1997david@gmail.com  
<https://orcid.org/0000-0001-7951-3025>  
Médico General  
Loja – Ecuador

Artículo recibido: 15 de febrero de 2025. Aceptado para publicación: 1 de marzo de 2025.  
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

### Resumen


El cáncer de pulmón es una de las neoplasias más frecuentes en todo el mundo, y su tasa de mortalidad es la más elevada tanto en hombres como en mujeres. La implementación de programas de cribado en atención primaria puede mejorar la detección temprana del cáncer de pulmón, en poblaciones seleccionadas con factores de riesgo. La radiografía de tórax constituye el principal método diagnóstico en el primer nivel de atención, para la evaluación de patologías respiratorias. El manejo multidisciplinario y la derivación oportuna a servicios especializados es crucial para el manejo adecuado del cáncer de pulmón. Se presentó el caso clínico de un hombre de 66 años de edad, con antecedente de hipertensión arterial y tabaquismo, en el que se diagnosticó neoplasia pulmonar mediante Radiografía de tórax y Tomografía simple de tórax. El proceso metodológico constó de la anamnesis, examen físico, revisión de la historia clínica, y exámenes de laboratorio e imagen. Se concluyó que el abordaje oportuno en el primer nivel de atención de la neoplasia pulmonar en pacientes con factores de riesgo, es esencial, no solo en el pronóstico y tasa de supervivencia de los pacientes, sino para disminuir los costos en el sistema de salud pública.

*Palabras clave:* cáncer de pulmón, tabaquismo, atención primaria

## Abstract

Lung cancer is one of the most common malignancies worldwide, and its mortality rate is the highest in both men and women. The implementation of screening programs in primary care can improve the early detection of lung cancer. Chest X-ray is the main diagnostic method at the primary health care for the evaluation of respiratory pathologies. Multidisciplinary management and timely referral to specialized services is crucial for the adequate management of lung cancer. We present the clinical case of a 66-year-old man, with a history of arterial hypertension and smoking, in whom pulmonary neoplasia was diagnosed by chest X-ray and simple chest tomography. The methodological process consisted of anamnesis, physical examination, review of the clinical history, and laboratory and imaging tests. It was concluded that timely treatment of lung neoplasia at the primary care level in patients with risk factors is essential not only for the prognosis and survival rate of patients, but also to reduce costs in the public health system.

*Keywords:* lung cancer, smoking, primary care

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicado en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons. 

Cómo citar: Guarnizo Arévalo, R. J., Ricaurte Armijos, A. J., Sarmiento Sinche, C. S., Espinosa Masa, R. F., & Macas Beltrán, J. D. (2025). Neoplasia pulmonar, diagnóstico en el primer nivel de atención. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 6 (1), 2764 – 2777.  
<https://doi.org/10.56712/latam.v6i1.3531>

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de pulmón es una de las neoplasias más frecuentes en todo el mundo, y su tasa de mortalidad es la más elevada tanto en hombres como en mujeres, representando un problema de salud pública. (Romaszko-Wojtowicz et al., 2022)

El término cáncer de pulmón, o carcinoma broncogénico, hace referencia a las neoplasias malignas que se originan en el epitelio respiratorio. Se divide histológicamente en dos subgrupos: carcinoma pulmonar de células pequeñas (CCP) y el cáncer pulmonar que no es de células pequeñas (CCNP), e incluye al adenocarcinoma, el carcinoma de células escamosas y el carcinoma de células gigantes. Ambos corresponden alrededor del 95% de los casos de cáncer pulmonar. Debido a las marcadas diferencias en el comportamiento biológico, la historia natural y la respuesta al tratamiento, es necesario diferenciarlos para la estadificación, el tratamiento y el pronóstico adecuados. Otros tipos de células comprenden alrededor del 5% de las neoplasias malignas que surgen en el pulmón (Midthun, 2024).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las estimaciones de GLOBOCAN 2020 relativas a la incidencia de los distintos tipos de cáncer y las tasas de mortalidad conexas, muestran que el cáncer de pulmón sigue siendo la principal causa de muerte por cáncer, con una cifra estimada de 1,8 millones de muertes (18%) en 2020 (Organización Mundial de la Salud, 2023).

El carcinoma pulmonar en Ecuador representa aproximadamente el 4.05% de la totalidad de neoplasias diagnosticadas y contribuye con un alarmante 7.3% a la mortalidad oncológica, situándose como la tercera etiología más prevalente de deceso, superando a otros tumores de alta incidencia como el carcinoma de mama, cérvix y colon. A nivel nacional, la mayoría de los casos diagnosticados corresponden a carcinoma de pulmón de células no pequeñas, el mismo se manifiesta predominantemente en estadios avanzados, con un notable 80% de los pacientes diagnosticados en estadio IV. Esta situación refleja no solo la naturaleza agresiva de la enfermedad, sino también la necesidad urgente de mejorar los programas de detección temprana y el acceso a tratamientos oncológicos adecuados. El contexto epidemiológico en Ecuador sugiere etiologías como el consumo de tabaco, la exposición a contaminantes ambientales y la predisposición genética. Cabe mencionar que a nivel mundial y no solamente en el Ecuador la principal causa es el consumo de tabaco. En Ecuador, el 4,5% de la población fuma a diario, con un promedio nacional de cinco cigarrillos al día. De este grupo, el 37% ha estado fumando durante más de 20 años, y son principalmente los hombres quienes presentan una mayor prevalencia en el consumo de tabaco, alcanzando un 85,5% (INEC, 2023).

En el año 2020, Ecuador documentó un total de 29273 nuevos diagnósticos de neoplasias malignas. De este total, se contabilizan 76062 casos prevalentes. Lamentablemente, se registraron 15123 decesos atribuibles a esta patología. Los diez tipos más comunes de cáncer en la población ecuatoriana incluyen carcinoma de mama, carcinoma de próstata, adenocarcinoma de colon y recto, carcinoma gástrico, carcinoma de tiroides, carcinoma cervical, linfoma no Hodgkin, leucemia, carcinoma pulmonar y carcinoma hepático. En el año 2022 se registra incidencia de cáncer de pulmón de 6, y mortalidad cercana al 5,3, formando parte de las 10 primeras causas de mortalidad oncológica, con mayor tasa de mortalidad en comparación con su incidencia (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2022).

La relación causal establecida entre el consumo de tabaco y el desarrollo de cáncer pulmonar fue establecida entre las décadas de los 50s y 60s en los estudios realizados por Doll y Hill, así como por Levin y Cols; con una relación de causalidad en cerca del 90% de las muertes por cáncer pulmonar, mientras que sólo el 85% de los cánceres pulmonares tienen relación directa con el consumo de tabaco (Zinser-Sierra, 2019).

Cada año se diagnostican alrededor de 2 millones de casos nuevos y fallecen 1,76 millones de personas. La mayoría de los pacientes se diagnostican en un estadio avanzado, y menos del 20% de los casos se diagnostican lo suficientemente pronto como para recibir tratamiento quirúrgico. Esto refleja la biología agresiva de la enfermedad y la frecuente ausencia de síntomas hasta que se presenta una enfermedad localmente avanzada o metastásica. Sin embargo, el desarrollo de las tecnologías médicas y los avances en los métodos diagnósticos y terapéuticos en relación con los pacientes de cáncer contribuyen a mejorar el pronóstico y prolongar el tiempo de supervivencia, sin dejar de lado la historia clínica y una evaluación médica exhaustiva. Los pacientes de alto riesgo pueden ser diagnosticados mientras son asintomáticos mediante un examen con tomografía computarizada de baja dosis (Midthun, 2024; Romaszko-Wojtowicz et al., 2022).

El abordaje y manejo del cáncer de pulmón en la atención primaria resulta fundamental para instaurar una conducta terapéutica tempranamente y con ello mejorar el pronóstico de los pacientes. La presente revisión tiene por objetivo describir el abordaje clínico de neoplasia pulmonar en el primer nivel de atención además de evaluar la importancia de un abordaje multidisciplinario, de un paciente masculino con antecedentes de hipertensión arterial y tabaquismo, en quien se diagnostica neoplasia pulmonar.

### **METODOLOGÍA**

Se llevó a cabo la recopilación de datos a partir de la historia clínica del paciente, anamnesis completa y examen físico, además de exámenes complementarios de laboratorio e imagen, previa obtención del consentimiento informado, el cual fue debidamente documentado. Se realizó un estudio de caso clínico, de diseño descriptivo y longitudinal. Adicionalmente, se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura, con datos de fuentes bibliográficas nacionales e internacionales, artículos de revisión, guías de práctica clínica, calculadora de riesgo cardiovascular de la Organización panamericana de salud, datos nacionales del ministerio de salud pública, relacionada con las patologías abordadas y su manejo en el primer nivel de atención sanitaria.

### **DESARROLLO**

#### **Presentación del caso**

**Datos de Filiación:** Se presenta un paciente masculino, adulto mayor de 66 años, de nacionalidad colombiana, quien ha residido en Ecuador durante los últimos 30 años, específicamente en la provincia de Zamora-Chinchipec, ubicada en la región amazónica del país. El paciente es comerciante, se encuentra soltero y ha completado hasta la secundaria, aunque de manera incompleta. Su nivel socioeconómico es bajo.

**Motivo de Consulta:** Acude con el propósito de recibir atención para el manejo de su hipertensión arterial y el tabaquismo.

#### **Antecedentes patológicos familiares**

**Padre:** Fallecido por infarto agudo de miocardio.

**Madre:** Fallecida por aparente insuficiencia cardíaca.

**Dos hermanos:** Ambos con antecedentes de hipertensión arterial.

Un hermano con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.

### **Antecedentes patológicos personales**

Hipertensión arterial diagnosticada hace 5 años, actualmente en tratamiento con ARA II: Losartán 100 mg, administrado por vía oral una vez al día.

### **Antecedentes quirúrgicos**

Herniorrafia inguinal derecha realizada hace 13 años.

Fractura de pierna derecha por traumatismo de alto impacto, resuelta hace 50 años.

Cirugía de testículo derecho a los 17 años debido a un quiste testicular.

**Enfermedad actual:** Desde hace 6 meses, el paciente ha experimentado un cuadro clínico caracterizado por tos moderada, que se intensifica en las horas nocturnas y matutinas. Esta tos se acompaña de expectoración de color blanco verdoso en cantidades moderadas. El paciente no ha recurrido a la automedicación para tratar estos síntomas y considera que su hábito de fumar podría ser la causa subyacente. Debido a su deseo de abandonar el tabaquismo, decidió dejar de fumar hace 15 días, aunque presenta altos niveles de ansiedad relacionados con esta decisión. Además, durante los últimos 8 días ha experimentado cefaleas leves, esporádicas y holocraneanas, con una escala de dolor de 3/10. Asimismo, el paciente ha notado una pérdida de peso corporal durante los últimos 6 meses a 1 año, sin cuantificar, pero se percibe más delgado, lo que ha venido acompañado de astenia.

**Hábitos Fisiológicos:** El paciente refiere tener una alimentación variada, consumiendo tres comidas al día, con alta ingesta de carbohidratos y escasa ingesta de líquidos, aproximadamente 3 a 4 vasos diarios. La frecuencia de micción es de 3 a 4 veces al día y la deposición se presenta una vez al día.

**Hábitos Patológicos:** El paciente es fumador desde los 20 años, consumiendo un paquete diario, aunque ha suspendido el tabaquismo 15 días antes de la consulta. No refiere exposición a biomasa. No refiere consumo de alcohol o consumo de drogas.

### **Examen Físico**

**Antropometría:** Peso: 55.7 kg; Talla: 167 cm; IMC: 19.97 m<sup>2</sup>/kg (Bajo peso).

### **Signos Vitales**

**Tensión arterial:** 150/75 mmHg

**Pulso:** 75 lpm

**Frecuencia respiratoria:** 21 rpm

**Saturación de oxígeno:** 95%

**Temperatura:** 36.6 °C.

**Examen físico general y regional:** Se observa palidez generalizada mucocutánea, piel descamativa y caquexia. El biotipo del paciente es longilíneo. Las mucosas orales están húmedas, con orofaringe no eritematosa y amígdalas sin hipertrofia ni eritema. Las fosas nasales son permeables, sin rinorrea, y el cuello presenta movilidad activa y pasiva conservada, sin masas palpables, y tiroides no palpable.

En el examen torácico, se evidencia aumento del diámetro anteroposterior, con expansibilidad y elasticidad reducidas. La percusión muestra sonoridad conservada y matidez cardíaca dentro de límites normales. La auscultación revela roncus y sibilantes generalizados en las fases inspiratoria y espiratoria. A nivel de extremidades no presencia de acropaquia. Por lo que se determinaron los siguientes diagnósticos:

### **Impresión diagnóstica inicial**

#### **Diagnósticos Presuntivos**

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (CIE10: J449)

Infección por tuberculosis pulmonar (CIE10: A150)

Trastornos mentales y de comportamiento por el uso de tabaco, estado de abstinencia (CIE10: F173)

#### **Diagnósticos Definitivos**

Hipertensión arterial grado 1 (I10X)

Alto riesgo cardiovascular

Tabaquismo grave, IPA:46

#### **Plan terapéutico**

Losartán 100mg VO QD + clortalidona 12,5mg VO QD.

Ácido acetilsalicílico 100mg VO QD.

Bupropión 150mg VO QD por 1 semana, luego VO QD cada 12 horas por 6 semanas y desescalonar paulatinamente.

Salmeterol más fluticasona 25/250, 2 puff en inhalador cada 12 horas.

Exámenes complementarios de laboratorio.

Baciloscopia en esputo más PCR

Rx posteroanterior y lateral de tórax

Interconsulta al servicio de psicología clínica para apoyo en abandono de hábito tabáquico.

### **RESULTADOS**

**Evolución:** 5 días posteriores a la primera consulta.

Paciente refiere disminución de tos productiva, disminución leve de niveles de ansiedad, descansa de mejor manera, buena adherencia al tratamiento instaurado, además acude a valoración con revisión de exámenes de laboratorio y de imagen, en donde se evidencia:

**Biometría hemática:** Glóbulos blancos: 7,5, Neutrófilos: 73,1%, Linfocitos: 19,8%, Monocitos: 6%, Eosinófilos: 1%, Glóbulos rojos totales: 5,3, Hemoglobina 14, Hematocrito: 42,3%, Volumen corpuscular medio: 87, concentración media de hemoglobina: 29, Plaquetas: 348. Química sanguínea: Glucosa: 77 mg/dl, Urea: 29, Creatinina: 1,25 mg/dl, ácido úrico: 4, TGO: 17,1 U/L, TGP:

13,7 U/L, Bilirrubina total: 1,26 mg/dl, bilirrubina directa: 0,5 mg/dl, bilirrubina indirecta: 0,76 mg/dl, Proteínas totales: 6,43 g/dl, Albumina: 3,87 g/dl, globulina: 2,56 g/dl, Examen de orina: EMO: no alteraciones, reporta características fisiológicas. Serológicos: VDRL: no reactivo, VIH cuarta generación: no reactivo. Marcador tumoral: PSA: 3,14.

**Baciloscopia más PCR**

**Tabla 1**

*Resultado de baciloscopia x2*

**Espirometría**

**MICROBIOLOGIA**

TINCIONES

+	BACILOSCOPIA 1	NEGATIVO
		APARIENCIA:MUCOSA NUMERO CORRELATIVO:381
+	BACILOSCOPIA 2	NEGATIVO
		APARIENCIA:MUCOSA NUMERO CORRELATIVO:382

**FVC:** (80%)

**FEV1:** (55%)

**FEV1:** pos broncodilatador: (57%)

Radiografía de tórax 2 posiciones:

**Figura 1**

*Radiografía de tórax proyección posteroanterior*



**Reporte de radiografía de tórax:** Se evidencia a nivel de tercio medio, medial sagital en pulmón derecho, lesión radio opaca, aparente masa de bordes irregulares con broncograma aéreo en su interior, de aproximadamente 4x4cm, visible en proyección posteroanterior y lateral, además, lesión en tercio medio inferior a masa descrita de menor tamaño, con bordes regulares, de

aproximadamente 2x2cm. columna vertebral sin alteraciones, no impresiona cardiomegalia ICT <0,5, bordes cardiofrénicos y costofrénicos indemnes. A nivel de tejidos blandos y óseos no impresiona alteración.

**Análisis:** en exámenes de laboratorio en biometría en serie blanca se encuentra neutrofilia aislada, en serie roja no anemia, ni hemoconcentración, además plaquetas dentro de parámetros normales. En la química sanguínea la glucemia es normal, urea normal, función renal mediante fórmula de Cockcroft Gault corregida en 48,34 ml/min/1,73m<sup>2</sup>, se evidencia moderadamente disminuido, se requiere completar con exámenes como albuminuria, proteinuria, relación albúmina creatinina para descarte de enfermedad renal crónica. Las enzimas hepáticas se encuentran normales. Proteínas y albúmina normales.

En cuanto a la función pulmonar: se realizó prueba de primera línea para diagnóstico de EPOC, en donde se evidencia disminución de FEV<sub>1</sub>, que según clasificación GOLD se encuentra en GOLD 2, moderado. Confirmándose diagnóstico presuntivo de EPOC, decidiéndose inicio de tratamiento broncodilatador.

Se realiza pesquisa de tuberculosis, debido a que la región amazónica del Ecuador se considera endémica para la presencia de dicha patología, asociado a los factores de riesgo como fumar, bajo nivel socioeconómico, tos crónica más pérdida de peso, su IMC se relaciona con peso bajo, ya que en adultos mayores el IMC normal se cataloga entre 22 y 27 m<sup>2</sup>/kg es imprescindible su estudio y descarte. En el examen realizado baciloscopia por 2 ocasiones, más PCR reportan negativos para la presencia de bacilo de KOCH, por lo que se descarta dicha patología.

En el reporte de RX de tórax se evidencia masa pulmonar en relación con nodulación de bordes irregulares, por lo que se le envió al paciente a realizarse examen de mayor especificidad como lo es la TAC simple de tórax, teniendo en cuenta que en el primer nivel de atención no se cuenta con este examen paciente opta por realizarlo particularmente con sus recursos económicos.

**Diagnóstico presuntivo:** Neoplasia pulmonar.

**Diagnóstico definitivo:** enfermedad pulmonar obstructiva crónica GOLD 2.

**Plan:** TAC simple de tórax.

**Evolución:** 10 días posteriores a la primera consulta:

El paciente acude a valoración con resultados de TAC simple de tórax en donde se confirma presencia de neoplasia pulmonar, se decide interconsulta a medicina familiar para posterior referencia a segundo nivel de atención especialidad de oncología para abordaje integral del caso.

**Reporte de tomografía simple computarizada de tórax:** Presencia de lesión radiopaca de aspecto de masa, en el segmento anterior del lóbulo superior del pulmón derecho, mide 4cm x 3,1cm de bordes espiculados e irregulares, con broncograma aéreo en su interior, además dos lesiones de menos tamaño y similares características, localizadas en el segmento externo del lóbulo medio y segmento anterior del lóbulo inferior del pulmón derecho, dichos hallazgos en probable relación con proceso neoplásico maligno, llama la atención engrosamiento septal basal y apical bilateral en relación con cambios por neumopatía intersticial crónica. Conclusión: presencia de 3 lesiones nodulares en el pulmón derecho sospechosas de proceso neoplásico maligno, cambios por neumopatía intersticial crónica, aortoesclerosis, marcados cambios osteodegenerativos con artrosis.

**Diagnóstico:** neoplasia pulmonar sospechosa de proceso maligno.

**Plan:** referencia a segundo nivel: Medicina interna y Oncología.

## **DISCUSIÓN**

El diagnóstico temprano del cáncer de pulmón en la atención primaria es fundamental para mejorar la supervivencia de los pacientes, considerando que la detección temprana permite intervenciones más efectivas y aumenta las opciones terapéuticas disponibles. Sin embargo, la detección precoz en el primer nivel de atención enfrenta grandes desafíos. Actualmente en la atención primaria sólo se dispone de la historia clínica y la radiografía de tórax para detectarlo, no existen marcadores tumorales específicos ni son accesibles otras pruebas de imagen en el primer nivel de atención, además, la mayoría de los síntomas de cáncer de pulmón son inespecíficos o son síntomas respiratorios comunes que suelen representar una enfermedad benigna (Redondo-Sendino et al., 2019; Bradley et al., 2018).

A pesar de estos desafíos, los médicos en el primer nivel de atención desempeñan un papel crucial en la prevención y detección temprana, dado su contacto frecuente y directo con la población general. Según Marzo-Castillejo et al. (2018), la oportunidad de realizar una detección temprana de cáncer en la atención primaria depende básicamente de la posibilidad de acortar 2 intervalos de tiempo: a) el intervalo paciente (tiempo entre el primer síntoma y la primera consulta), y b) el intervalo de la atención primaria (tiempo entre la primera consulta y la derivación a la atención especializada), por ende, una adecuada sospecha diagnóstica, y capacitación de los profesionales de atención primaria tendría implicaciones significativas en la mejora de la calidad del diagnóstico y tratamiento, como lo es en el caso de estudio presente, desde su primera consulta hasta su referencia a segundo nivel hubo una espera de aproximadamente 10 días. Estudios recientes han demostrado que los programas de formación intensivos para médicos de atención primaria resultaron en un aumento del 20% en la tasa de derivación adecuada de pacientes con síntomas sospechosos de cáncer de pulmón hacia servicios especializados (Weller et al.2019).

El principal factor de riesgo para desarrollar cáncer de pulmón es el consumo del tabaco, dado que el humo de tabaco contiene agentes carcinogénicos y pro-carcinogénicos, como nitrosaminas y benzopirenos, responsables de las mutaciones de los genes que regulan el crecimiento celular (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2019; Acosta Reynoso et al. 2016). Otros factores que se describen incluyen: la exposición a sustancias carcinógenas (amianto, hierro, plomo, níquel, cobre, asbesto y gases por combustión de monóxido de carbono), edad avanzada, el sexo masculino, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), los antecedentes familiares y la contaminación atmosférica (Bradley et al., 2018).

Los síntomas más comunes asociados al cáncer de pulmón tienden a ser comunes, el cáncer de pulmón a menudo es insidioso, en estadios iniciales suele ser asintomático o presentar síntomas muy frecuentes en la atención primaria o inespecíficos (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2019; Bradley et al., 2018). Martínez (2017) clasifica a las manifestaciones clínicas del cáncer de pulmón en intratorácicas, extratorácicas y paraneoplásicas. Dentro de las manifestaciones intratorácicas, las más frecuentes son: tos, hemoptisis, dolor torácico, pérdida de peso inexplicada, y disnea. Las manifestaciones extratorácicas pueden originarse en cualquier órgano ya sea por extensión directa, vía linfática o hematógena, siendo los sitios más frecuentes el hígado, glándulas suprarrenales, tejido óseo y cerebro. Entre las manifestaciones paraneoplásicas se describen: hipercalcemia, hiponatremia, hipopotasemia, síndrome de cushing, síndrome de Lambert-Eaton, síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética, anemia, tromboflebitis migratoria, dermatopatías, entre otras.

Los médicos del primer nivel de atención deben estar atentos a síntomas inespecíficos como tos persistente, disnea y dolor torácico, que pueden ser indicativos de neoplasia pulmonar. Además, es fundamental evaluar factores de riesgo como el tabaquismo y la exposición a carcinógenos ambientales. En un estudio realizado por Báez-Saldaña et al. (2022) destaca la importancia de identificar el perfil clínico de los pacientes para una referencia temprana, indicando que en adultos de cualquier edad, independientemente de la presencia de factores de riesgo para cáncer de pulmón, que presentan tos persistente por tres semanas o más sin una causa identificada, y/o síntomas como disnea, dolor en el pecho, pérdida de peso, hemoptisis o fatiga, se recomienda una evaluación clínica junto con una radiografía de tórax, además, estos pacientes deben ser derivados a una unidad especializada ante la sospecha de cáncer de pulmón, es decir al segundo nivel de atención.

La implementación de programas de cribado en atención primaria puede mejorar la detección temprana del cáncer de pulmón. Si bien es cierto, la radiografía de tórax es una herramienta inicial comúnmente utilizada en la atención primaria para evaluar síntomas respiratorios, su sensibilidad puede ser limitada en etapas tempranas de la enfermedad, a pesar de ello varias guías de práctica clínica recomiendan realizar una radiografía de tórax ante la sospecha de un cáncer de pulmón, por antecedentes de riesgo y sintomatología, así como remitir al especialista para complementar su estudio diagnóstico y tratamiento indicado, y realizar un seguimiento estrecho de aquellos con síntomas persistentes y radiografías normales (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2019; Bradley et al., 2018).

Por otro lado, la tomografía computarizada de baja dosis (TCBD) ha demostrado ser más efectiva en la detección precoz de cáncer de pulmón, especialmente en poblaciones de alto riesgo, lo que ayudaría a la detección precoz del cáncer de pulmón a estadios más iniciales, cuando el pronóstico es considerablemente mejor, y con ello se pueden mejorar los índices de supervivencia y la calidad de vida (Lung Cancer Policy Network, 2022; Boyeras et al., 2023). Sin embargo, la disponibilidad y el acceso a esta tecnología en atención primaria son limitados, lo que subraya la necesidad de estrategias de salud pública que faciliten su implementación. Para llevar a cabo un cribado efectivo del cáncer de pulmón, es necesario implementar un programa que cumpla con altos estándares de calidad y que alcance a toda la población objetivo (Melús-Palazón et al., 2022).

La derivación oportuna a servicios especializados es crucial para el manejo adecuado del cáncer de pulmón. La presentación tardía de síntomas relacionados con el cáncer de pulmón y la demora en consultar es frecuente. Varios autores señalan que los síntomas sospechosos de cáncer de pulmón están infravalorados, lo cual sumado a la escasa percepción de riesgo y conocimiento de la enfermedad, dan lugar a una mayor demora en realizar la primera consulta (García et al., 2020). La atención multidisciplinar es la piedra angular de la atención al cáncer de pulmón, que facilita la prestación de un servicio de alta calidad, resultando en una mejora de los índices de supervivencia, el tratamiento basado en directrices y la calidad de vida de los pacientes con cáncer de pulmón (Hardavella et al., 2021). Implementar un programa de tamizaje para cáncer pulmonar en poblaciones con factores de riesgo, reduciría significativamente la mortalidad e incrementaría la posibilidad de curación del paciente, es así que, el National Lung Screening Trial y el estudio NELSON 2020 demostraron una reducción en mortalidad 20 y 24% con la utilización de la tomografía computarizada de baja dosis (TCBD) como herramienta de tamizaje (Arroyo y otros, 2022), sin embargo, también tiene altas tasas de hallazgos "falsos positivos" (no cancerosos) que conducen a pruebas adicionales que generalmente incluyen imágenes seriadas, pero que pueden incluir procedimientos invasivos. Los hallazgos incidentales más comunes son el enfisema y las calcificaciones de las arterias coronarias, por lo que se concluye que la

estrategia más rentable actualmente es la reducción o abstinencia del consumo de tabaco que ofrece un beneficio adicional en la sobrevida. (Deffebach & Humphrey, 2025)

El tratamiento inicial del cáncer de pulmón varía según el tipo de tumor, ya sea de células pequeñas (SCLC) o de células no pequeñas (NSCLC), y depende de la extensión de la enfermedad, la edad y las comorbilidades del paciente, es así que Huang & Ostroff (2024) mencionan que en:

NSCLC localizado y sin afectación mediastínica la cirugía es la mejor opción para los casos resecables, mientras que la radioterapia estereotáctica es una alternativa para quienes no pueden ser operados; los NSCLC con afectación mediastínica se recomienda un tratamiento combinado de quimioterapia y radioterapia, con o sin cirugía, mientras que, en los SCLC metastásico o con recurrencia diseminada se prioriza la terapia sistémica, que puede incluir quimioterapia, terapias dirigidas o inmunoterapia, con el objetivo de prolongar la supervivencia y mejorar la calidad de vida.

Los avances en la detección y el tratamiento han aumentado la probabilidad de supervivencia a largo plazo, empero, el riesgo de un segundo cáncer primario de pulmón es mayor en pacientes que han tenido este antecedente por lo que la detección temprana de un segundo cáncer primario o de una recurrencia local es de utilidad (Deffebach & Humphrey, 2025), algunas pautas recomiendan historia clínica, un examen físico y una (TC) de tórax que incluya las glándulas suprarrenales, preferiblemente con contraste intravenoso, cada seis meses durante al menos los primeros dos años para evaluar la recurrencia, y anualmente a partir de entonces para vigilar la recurrencia y nuevos cánceres (Schneider et al., 2020).

Abordando el tratamiento implementado, se destaca la importancia del abordaje interdisciplinario en especialidades que cuenta el primer nivel de atención como la medicina general, medicina familiar y psicología. En un inicio se evidenció mal manejo de su hipertensión arterial, por lo que decidió implementar a su tratamiento de base con ARA 2, un diurético como la clortalidona, según guías de práctica clínica estandarizadas, como los algoritmos presentes en la estrategia HEARTS, en adultos el manejo de la hipertensión arterial debe ser con terapia combinada, utilizando fármacos de la familia de los IECAs o ARA 2, asociado a calcio antagonista o diurético como primera línea de tratamiento, por lo que en este caso se justifica el tratamiento antihipertensivo instaurado. Además, la asociación de ácido acetilsalicílico, se realiza por su alto riesgo cardiovascular como prevención primaria, en el contexto de bajo riesgo de sangrado digestivo, se recomienda además valorar implementación de estatinas, sin embargo, en el caso tratado no se indicaron por niveles óptimos de lípidos, y ausencia de eventos cardiovasculares previos, ya que su uso está indicado en casos de prevención secundaria (Organización Panamericana de la Salud, 2024).

El diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica es clínico, con sintomatología de curso crónico, como es la tos con expectoración, aunque en el caso tratado en ausencia de disnea verificable, asociado a la exposición crónica al humo de tabaco, cambios en la morfología torácica, y alteración en la auscultación pulmonar, se confirmó el diagnóstico con la espirometría que corresponde la primera línea en el diagnóstico con sensibilidad del 94%, especificidad del 93,1%. En donde el manejo más importante para evitar la progresión de la patología es el abandono del hábito tabáquico, así como evitar recurrencias y disminuir sintomatología con broncodilatadores inhalados de acción prolongada, y casos de exacerbación, broncodilatadores de acción corta, además en ciertos casos se recomienda el uso de corticoides inhalados. El uso de corticoide inhalado, se recomienda en pacientes que muestren hiperreactividad bronquial, con una obstrucción crónica al flujo aéreo de grado severo ( $FEV1 < 50\%$ ), y/o experimenten más de dos episodios de exacerbación al año que requieran tratamiento con antibióticos o corticoides

sistémicos. No obstante, el consenso entre la Sociedad Europea de Respiratorio (ERS) y la Sociedad Torácica Americana (ATS) va más allá y sugiere el uso de un tratamiento combinado de LABA e ICS para el mantenimiento de estos pacientes (Schneider et al., 2020).

Para apoyo de abandono de su tabaquismo, se instaura terapia y seguimiento por psicología, además de bupropión, que es un antidepresivo atípico que se utiliza principalmente para tratar la depresión mayor y el trastorno afectivo estacional. También se utiliza como ayuda para dejar de fumar. El bupropión actúa principalmente como un inhibidor de la recaptación de norepinefrina y dopamina (NDRI). Aumenta los niveles de estos neurotransmisores en el cerebro, lo que puede mejorar el estado de ánimo y la motivación. A diferencia de otros antidepresivos, no afecta significativamente a la serotonina, lo que puede reducir el riesgo de algunos efectos secundarios asociados con otros tratamientos. Siendo la formulación de liberación inmediata la indicada para tratar casos de tabaquismo. Sin embargo, no suple el abordaje multidisciplinario de esta adicción, y solo se indica como apoyo terapéutico.

Este caso subraya la importancia de la vigilancia y la evaluación temprana en el primer nivel de atención para el diagnóstico de la neoplasia pulmonar. La implementación de guías de práctica clínica, la formación continua de los profesionales de salud y la derivación oportuna son esenciales para mejorar los resultados clínicos y la supervivencia de los pacientes con esta patología.

## CONCLUSIONES

**Urgencia de la Detección Temprana y Abordaje Multidisciplinario:** La identificación temprana del cáncer de pulmón es crucial para mejorar la tasa de supervivencia de los pacientes, dado que la mayoría se diagnostica en estadios avanzados. La implementación de programas de cribado en atención primaria, como la tomografía computarizada de baja dosis, junto con la formación continua de médicos en la detección de síntomas asociados, podría transformar radicalmente los resultados en la población de alto riesgo. La atención multidisciplinaria que involucre a médicos generales, especialistas en oncología y psicólogos es fundamental para asegurar un manejo adecuado y un seguimiento efectivo, lo que podría resultar en una disminución significativa de las tasas de mortalidad.

**Relación directa entre el Tabaquismo y el Cáncer de Pulmón:** El estudio reafirma la relación causal establecida entre el consumo de tabaco y el desarrollo de cáncer de pulmón, que representa aproximadamente el 85% de los casos. Dada la alta prevalencia del tabaquismo en Ecuador, es imperativo implementar políticas de salud pública que promuevan la reducción del consumo de tabaco. Las intervenciones dirigidas a la cesación del tabaquismo no solo impactarían en la reducción de nuevos casos de cáncer de pulmón, sino que también contribuirían a mejorar la salud pública en general, al disminuir la carga de otras enfermedades respiratorias y cardiovasculares asociadas.

**Desafíos en la Atención Primaria y Necesidad de Recursos adecuados:** La investigación destaca las limitaciones en la atención primaria para el diagnóstico del cáncer de pulmón, como la falta de acceso a tecnologías de diagnóstico avanzadas y la escasez de marcadores tumorales específicos. Es fundamental que los sistemas de salud inviertan en recursos y capacitación para el primer nivel de atención, permitiendo a los médicos reconocer y actuar sobre los síntomas sospechosos de manera más eficaz. La mejora en la infraestructura de salud, junto con un enfoque en la educación del paciente sobre factores de riesgo y síntomas, es esencial para facilitar la detección precoz y el manejo oportuno del cáncer de pulmón, resultando en una optimización de los resultados clínicos.

## REFERENCIAS

- Acosta Reynoso, I.M., Remón Rodríguez, L., Segura Peña, R., Ramírez Ramírez, G., & Carralero Rivas, A. (2016). Factores de riesgo en el cáncer de pulmón. *Correo Científico Médico*, 20(1), 42-55. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812016000100005&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812016000100005&lng=es&tlng=es)
- Arroyo, M., Alva, L., Réndon, A., Barroso, F., & Baéz, R. (2022). Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico temprano y la referencia oportuna del cáncer de pulmón. *Salud Publica de México*, 64, 530-538. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2022/sal225k.pdf>
- Báez-Saldaña, R., Vargas-Rojas, A., Chavarría-Castro, D.Y., Rumbo-Nava, U., Contreras-Garza B, Guinto-Ramírez p, et al. (2022). Perfil clínico que facilita la sospecha de cáncer de pulmón para un diagnóstico oportuno. *Neumol Cir Torax*, 81(2), 86-93. <https://dx.doi.org/10.35366/108494>
- Boyeras, I., Roberti, J., Seijo, M., Suárez, V., Morero, J.L., Patané, A.K., Kaen, D., Lamot, S., Castro, M., Re, R., García, A., Vujacich, P., Videla, A., Recondo, G., Fernández-Pazos, A., Lyons, G., Paladini, H., Benítez, S., Martín, C., ... & Sobrino, E. (2023). Argentine consensus recommendations for lung cancer screening programmes: a RAND/ UCLA-modified Delphi study. *BMJ Open*, 13, e068271. doi:10.1136/ bmjopen-2022-068271
- Bradley, S. H., Kennedy, M. P. T., & Neal, R. D. (2019). Recognising Lung Cancer in Primary Care. *Advances in therapy*, 36(1), 19–30. <https://doi.org/10.1007/s12325-018-0843-5>
- Deffebach, M., & Humphrey. (2025). Detección del cáncer de pulmón. UptoDate. Obtenido de [https://www.uptodate.com/contents/screening-for-lung-cancer?search=cancer%20pulmon%20%20abordaje&source=search\\_result&selectedTitle=5%7E150&usage\\_type=default&display\\_rank=5#H981818521](https://www.uptodate.com/contents/screening-for-lung-cancer?search=cancer%20pulmon%20%20abordaje&source=search_result&selectedTitle=5%7E150&usage_type=default&display_rank=5#H981818521)
- García, G., Hernández, J., Castañar, A., & Márquez, F. (2020). Factores asociados a la demora de consulta en pacientes con cáncer de pulmón. *Rev Esp Patol Torac*, 32(3), 166-178
- Hardavella, G., Frille, A., Theochari, C., Keramida, E., Bellou, E., Fotineas, A., Bracka, I., Pappa, L., Zagana, V., Palamiotou, M., Demertzis, P., & Karampinis, I. (2021). Multidisciplinary care models for patients with lung cancer. *Breathe*, 16(4), 200076. <https://doi.org/10.1183/20734735.0076-2020>
- Huang, J., & Ostroff, J. (2024). Panorama general del abordaje de los supervivientes de cáncer de pulmón. UptoDate. Obtenido de [https://www.uptodate.com/contents/overview-of-approach-to-lung-cancer-survivors?search=cancer%20pulmon%20%20abordaje&source=search\\_result&selectedTitle=2%7E150&usage\\_type=default&display\\_rank=2#H76145289](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-approach-to-lung-cancer-survivors?search=cancer%20pulmon%20%20abordaje&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default&display_rank=2#H76145289)
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2019). Diagnóstico y tratamiento de cáncer pulmonar de células no pequeñas. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México: CENETEC. Disponible en: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>
- Lung Cancer Policy Network. 2022. Cribado del cáncer de pulmón: lecciones aprendidas de la implementación. Londres: The Health Policy Partnership. Disponible en: <https://www.lungcancerpolicynetwork.com/app/uploads/Cribado-del-cancer-de-pulmon-lecciones-aprendidas-de-la-implementacion.pdf>

Martínez, R. L. (2017). Manifestaciones clínicas del cáncer de pulmón. *Rev Esp Patol Torac*, 29(2), 35-37. Disponible en: <https://www.neumosur.net/files/publicaciones/consensos/CAPITULO-5.pdf>

Marzo-Castillejo, M., Vela-Vallespín, C., Bellas-Beceiro, B., Bartolomé-Moreno, C., Melús-Palazón, E., Vilarrubí-Estrella, M., & Nuin-Villanueva, M. (2018). Recomendaciones de prevención del cáncer. Actualización PAPPS 2018. *Atencion primaria*, 50(Suppl 1), 41-65. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(18\)30362-7](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(18)30362-7)

Melús-Palazón, E., Bellas-Beceiro, B., & Bartolomé-Moreno, C. (2022). Cribado del cáncer de pulmón. *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 29(9), 508-512. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2022.03.010>

Midthun, D. E. (2024). Overview of the initial treatment and prognosis of lung cancer. <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-initial-treatment-and-prognosis-of-lung-cancer/print?search=cancer+de+pulmon&source=sea%E2%80%A6>

Organización Mundial de la Salud. (2023). Cáncer de pulmón. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/lung-cancer>


Redondo-Sendino, Á., Perea-Amurrio, M.A., & Martín-Cano, M.R. (2019). ¿Diagnosticamos tarde el cáncer de pulmón en Atención Primaria?. *Semergen*, 45(6), e36-e37. DOI: 10.1016/j.semerg.2019.01.006

Romaszko-Wojtowicz, A., Lorenc, A., Buciński, A., & Doboszyńska, A. (2022). Effects of Tobacco Smoking on the Survivability of Patients with Multiple Cancers and Single Lung Cancer. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15). <https://doi.org/10.3390/ijerph19159179>

Schneider, B., Ismaila, N., Aerts, J., Megan, D., & Detterbeck, F. (2020). Vigilancia del cáncer de pulmón después de una terapia curativa definitiva: guía de la ASCO. *J Clin Oncol*, 38(7):753-766. doi:10.1200/JCO.19.02748

Weller, D., Peake, M., & Campo. (2019). Presentación del Cáncer de Pulmón en atención primaria. *Medicina Respiratoria en Atención Primaria*. doi: 10.1038/s41533-019-0133-y

Zinser-Sierra, J. W. (2019). Tabaquismo y cáncer de pulmón. *Salud Publica Mex*, 61(3), 303–307. <https://doi.org/10.21149/10088>

Todo el contenido de **LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades**, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) .