Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):5

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/1051 - EDEMA FACIAL SECUNDARIO A ADENOCARCINOMA

J. Breva Aymerich y T. Basora Gallisà

Médico de Familia. Centro de Salud Horts de Miró. Reus.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 35 años que acude por cuadro de 2 días de evolución con tumefacción facial y edema palpebral inferior bilateral, principalmente durante las primeras horas de la mañana. Lo asocia a tratamiento con esteroides anabolizantes hace 2 meses. No menciona cambio de la alimentación ni estancia en el campo. No otra clínica acompañante. AP: NAMC. Tabaquismo activo 1 paq/día desde hace 20 años, consumo de cannabis. Síndrome ansioso-depresivo. IQ: cesárea hace 9 años.

Exploración y pruebas complementarias: EF: consciente y orientada. Normohidratada y normocoloreada. Piel y tegumentos: no presencia de exantemas ni petequias. AC: ruidos cardíacos rítmicos, no soplos. AR: MVC, no ruidos patológicos. ORL: faringe y orofaringe hiperémicas, no edema de úvula, no amigdalitis ni exudado. No adenopatías lateroccervicales. Se orienta como Dx de urticaria, tratamiento con prednisona 30 mg c/24h 3 días y control posterior al tratamiento. Reacude con aparición de nuevo de la sintomatología más cefalea, sensación disneica y dolor en tórax anterior. EF: edema en escalibada, ingurgitación yugular y circulación colateral en cuello, no adenopatías, AR: MVC, no ruidos patológicos. Se deriva a Servicio de Urgencias con ODx de síndrome de la vena cava superior. Pruebas complementarias: Rx tórax: hilio pulmonar derecho aumentado de tamaño, engrosamiento de cisura menor, opacidad redondeada en lóbulo superior derecho.TAC torácico: nódulos pulmonares mal delimitados en segmento apical y posterior del LSD, de distribución peribroncovascular periférica. Conglomerado adenopático en territorio prevascular, paratraqueal derecho e izquierdo, subcarinal y en ventana aorto-pulmonar. Adenopatía hiliar derecha de 12 mm. Conclusión: ADC de pulmón estadio IIIB.

Juicio clínico: Síndrome de la vena cava superior + adenocarcinoma de pulmón.

Diagnóstico diferencial: Fibrosis mediastínica, linfoma de no Hodgkin.

Comentario final: Se inicia sueroterapia, analgesia, diuréticos y corticoides EV. Evolución: ingresa en Neumología-Oncología. Mejoría clínica posterior al tratamiento con diuréticos y continua con corticoides. FGS: mucosa bronquial inflamatoria. Espolones de división ensanchados pero lisos, especialmente en LSD. Secreciones bronquiales mucopurulentas difusas. Tinción Ziehl-Neelsen neg para BAAR. Se inicia radioterapia descompresiva. Paciente que durante su ingreso presenta estabilidad clínica y hemodinámica, dada de alta con corticoides, pauta descendente y quimioterapia paliativa. Control en CEX de Oncología.

Bibliografía

1. Cheng S. Superior Vena Cava Syndrome: A contemporary review of a historic disease. Cardiol Rev. 2009;17:16-23.
2. De Raet JM, Vos JA, Morshuis WJ, Boven WJ. Surgical management of superior vena cava syndrome after failed endovascular stenting .Interactive Cardiovasc and Thorac Surg. 2012;15:915-7.
3. Salazar R, Torrecillas G, Hernández ME. Síndrome de vena cava superior como manifestación inicial de carcinoma tímico. Arch Bronconeumol. 2012;48:382-3.
4. Milson LD, Detterbeck FC, Yahalom J. Superior vena cava syndrome with malignant causes. N Engl J Med. 2007;356:1862-9.

Palabras clave: *Edema facial. Vena cava. Adenocarcinoma.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.