Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):3517

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/4180 - MÁS ALLÁ DE COLATERALES

Á. Villegas Sevilla[a], M. Sánchez Beltrá[b], I. Florentina Serban[c], M. Molina Anguita[c], A. Varo Seva[d], C. Beltrá Payá[e]

[a]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Florida. Alicante. [b]Médico de Familia. Centro de Salud La Florida. Alicante. [c]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Florida. Alicante. [d]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Babel. Alicante. [e]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Vicente del Raspeig. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Varón 41años, Antecedentes: VIH estadio A2 en tratamiento con triple terapia, fumador 10 cigarrillos/día,consumo acumulado 13 a-p. Acude por aparición red venosa en tórax, ingurgitación yugular derecha de 1 semana de evolución, astenia, pérdida de 4 kg y tos seca sin fiebre en los últimos meses. Se solicita Rx tórax: masa mediastínica anterior, paratraqueal derecha. Se decide derivación a Urgencias hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: Eupneico, exploración orofaríngea anodina, no palpación adenopatías cervicales, supraclaviculares, axilares ni inguinales. Ingurgitación yugular derecha y enrojecimiento cervical y cara. Red venosa colateral hemitórax superior. AS: PCR 7.38 mg/dl, leucocitos 15,94 × 10^3, neutrófilos 11,55 × 10^3 (72,50%), linfocitos 3,16 × 10^3 (19,80%), eritrocitos 4,46 × 10^6, Hb 13,70 g/dl, plaquetas 384 × 10^3. TC cérvico-torácico-abdominal: masa paramediastínica superior derecha, infiltra VCS y cayado de vena ácigos. Broncofibroscopia: tráquea normal, ABI: normal. ABD: ensanchamiento todas las carinas del LSD. Marcadores tumorales: negativos. Microbiología BAS: micobacterias: negativo, Pneumocystis jirovecii: negativo, PCR M. tuberculosis complex: negativo, estudio hongos: negativo. EBUS: masa paratraqueal derecha, no adenopatías. AP: carcinoma célula no pequeña. IHQ:Perfil carcinoma escamoso. TAC-PET: no adenopatías hipermetabólicas ni metastásicas a distancia.

Juicio clínico: Carcinoma epidermoide broncopulmonar manifestado en síndrome de vena cava superior.

Diagnóstico diferencial: Malignas: cáncer pulmonar especialmente microcítico, linfomas no Hodgkin, timomas. Benignas: mediastinitis fibrosa crónica idiopático o debido a TBC, histoplasmosis, sarcoidosis, infecciones piógenas, trombosis secundaria a dispositivos de acceso venoso, aneurisma de arco aórtico, pericarditis constrictiva.

Comentario final: El síndrome de vena cava superior resulta de la obstrucción SVC. Actualmente no emergencia sino urgencia médica. Su tratamiento es sintomático más causa subyacente. Su mortalidad no depende de la obstrucción de la cava sino de la enfermedad causal.

Bibliografía

1. Gupalp R, Dutcher J. Urgencias oncológicas. En: Longo DL, Fauci AS, Hauser SL, Jameson JL, Kasper DL, et al, eds. Harrison. Principios de Medicina Interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill, 2012. p. 1787-8.
2. Talapatra K, Panda S, Goyle S, Bhadra K, Mistry R. Superior vena cava syndrome: A radiation oncologist's perspective. J Can Res Ther. 2016;12:515-9.

Palabras clave: Síndrome de vena cava superior.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.