Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):569

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/4122 - ¿QUÉ PUEDE HABER DETRÁS DE UNA DISNEA EN UN VARÓN JOVEN SANO?

M. Darvari[a], J. Breva Aymerich[b], C. Dinu[a], M. Gutiérrez Pérez[c], R. Masdeu Montalà[a] y M. Maestro Ibáñez[d]

[a]Médico de Familia. Centro de Salud Constantí. Tarragona. [b]Médico de Familia. CAP Horts de Miró. Reus. Tarragona. [c]Pediatra. Centro de Salud Constantí. Tarragona. [d]Médico de Familia. Centro de Salud Reus 3. Tarragona.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 47 años, que consulta por sensación disneica que aparece de forma progresiva hasta hacerse de reposo y astenia de unos 2 días de evolución sin síndrome tóxico, sin fiebre ni otros síntomas. Antecedentes personales: fumador de 20 cigarrillos/día, con antecedentes personales de TPSV sin otros antecedentes de interés.

Exploración y pruebas complementarias: Destaca hipofonesis global con algún sibilante espiratorio y taquipnea. Saturación O2 89% ambiental con respuesta mínima a broncodilatadores y corticoterapia manteniendo saturaciones de 90% entre las nebulizaciones por lo que se deriva al hospital de referencia. Pruebas complementarias: La radiografía tórax revela un ICT > 0,5 y derrame pleural sin nódulos ni condensaciones. Bioquímica líquido pleural: exudado con predominio de mononucleares. Gasometría arterial: acidosis respiratoria y la analítica con D-dímero 3.380. TAC de Tórax descarta TEP pero llama la atención adenopatías mediastínicas, abundante derrame pleural y posible engrosamiento de las paredes esófago inferior. Ecocardiograma: corazón hipercinético e hiperdinámico sin valvulopatías ni evidencia de miocardiopatía. Se amplía el estudio con PET: adenopatías tumorales toracoabdominales y afectación ósea metastática prácticamente global. Biopsia a través de esófago y anatomía patológica releva población linfoide con inmunofenotipo anormal sospechoso de linfoma versus leucemia.

Juicio clínico: Linfoma.

Diagnóstico diferencial: Macroglobulinemia, mononucleosis infecciosa, toxoplasmosis.

Comentario final: Los médicos de familia ante una disnea solemos pensar en un proceso benigno pero este caso nos hace reflexionar que no tenemos que perder de vista diagnósticos menos frecuentes como neumotórax, miocarditis, incluso neoplasias.

Bibliografía

1. Braunwald E. Disnea. Tratado de Cardiología, 7ª ed. Madrid: Interamericana McGraw Hill; 2006, p. 63-6.
2. Muñoz-García AJ, Lermite Martin I. Protocolo de diagnóstico de la disnea aguda. Medicine.

2009;10(35):2365-8.
3. Ximenes M, Pianilino AM, Oliveira HA. Linfoma esofágico primario. Rev Col Bras Cir. 2012;39(3):243-6.
4. Liñan Padilla A, Millan Sabes A, Zamora JM. Carcinoma oat-cell de esófago: presentación de dos casos y actualización bibliográfica. Revista Esp Enferm Dig. 2007;99:415-9.

Palabras clave: Disnea. Cáncer de esófago. Linfoma.

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