



<http://www.elsevier.es/semergen>

387/226 - DOLOR TORÁCICO ATÍPICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Galindo Cantalejo¹, C. Concellón García¹, L. de la Cal Caballero², J. Fernández de los Muros Mato³, S. Quintanilla Cavia⁴, A. Hernández Fontán⁵

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Santander. Cantabria. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud General Dávila. Santander. Cantabria. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Sardinero. Santander. Cantabria. ⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Castros. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 22 años que acude a consulta de Atención Primaria por dolor torácico opresivo en zona pectoral de hemitórax derecho de 48 horas de evolución. No asocia cortejo vegetativo. No se modifica con la postura ni con la inspiración ni se irradia a otras localizaciones. No fiebre ni tos ni expectoración. No otra clínica acompañante. No antecedentes personales de interés ni alergias medicamentosas conocidas.

Exploración y pruebas complementarias: La paciente se encuentra consciente, orientada y colaboradora. Tanto la auscultación cardiopulmonar como la exploración abdominal son normales. No deformidades torácicas ni alteraciones dérmicas. La movilización tanto del tórax como del hombro derecho se encuentran conservadas y no son dolorosas. No relata dolor a la palpación costal ni se aprecian crepitaciones. Se decide solicitar electrocardiograma y radiografía de tórax urgente que muestra un ensanchamiento mediastínico por lo que se deriva al servicio de urgencias del hospital de referencia. A su llegada se realiza TAC toraco-abdomino-pélvico que evidencia voluminosas adenopatías en mediastino anterior, de más de 3,3 cm de eje corto, también identificadas en la región pretraqueal y paratraqueales derechas, que condicionan importante efecto expansivo, disminuyendo el tamaño de la vena cava superior, alterando la morfología traqueal e improntando sobre la aurícula derecha. Las imágenes son compatibles con proceso linfoproliferativo localizado en mediastino anterior y medio. Se completa el estudio con analítica que muestra anemia (Hb: 10,3 g/mL) microcítica así como PCR de 10,4 mg/dL, resto sin alteraciones. Para confirmar la sospecha diagnóstica se decidió realizar biopsia de ganglio mediastínico anterior guiada por TAC.

Juicio clínico: Linfoma de Hodgkin (tipo esclerosis nodular) estadio II-AX.

Diagnóstico diferencial: En este caso se plantea el diagnóstico diferencial con otras causas de adenopatías mediastínicas de mediastino medio y anterior. En mediastino anterior hay cuatro causas principales, el timoma, el teratoma, el linfoma y patología tiroidea. En el mediastino medio hay que descartar principalmente sarcoidosis, adenopatías metastásicas y de nuevo, el linfoma.

Comentario final: Los linfomas de Hodgkin tienen una incidencia de 2,4 por cada 100.000 habitantes en Europa y el subtipo de esclerosis nodular es el más frecuente siendo aproximadamente el 70%. Tiene una distribución bimodal con un pico en torno a los 20 años y otro a en torno a los 65 años. Al tratarse de una

enfermedad grave que puede aparecer en pacientes jóvenes hay que tenerlo especialmente en cuenta para intentar un diagnóstico precoz que generalmente se inicia con la sospecha clínica principalmente adenopatías asintomáticas, seguido de masas mediastínicas como el caso actual y los síntomas sistémicos.

Bibliografía

Liptay MJ, et al. Surgical evaluation of mediastinal lymphadenopathy. Disponible en: <https://www-uptodate-com.scsalud.a17.csinet.es/contents/surgical-evaluation-of-mediastinal-lymphadenopathy>

Aster JC, et al. Epidemiology, pathologic features, and diagnosis of classic Hodgkin lymphoma. Disponible en: <https://www-uptodate-com.scsalud.a17.csinet.es/contents/epidemiology-pathologic-features-and-diagnosis-of-classic-hodgkin-lymphoma>