



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2079 - Hipofonesis

R. Blanes García^a, L.M. Vázquez Canales^b, A.B. Gómez Belda^c y J.I. García García^d

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de Sagunto II y Hospital de Sagunto. Valencia. ^bMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de Sagunto II. Hospital de Sagunto. Valencia. ^cMédico Adjunto. Servicio Medicina Interna. Hospital de Sagunto. Valencia. ^dMédico de Familia. Centro de Almassora. Castellón.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 56 años sin antecedentes de interés ni tratamiento actual. No fumador. Trabajador de la construcción. Acude a consulta reiteradamente por sensación de ahogo y tos productiva de dos semanas de evolución. A la anamnesis refiere disnea progresiva asociada a tos con expectoración, sibilancias audibles y ortopnea. Niega otra clínica asociada.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 168/85 mmHg. FC 103 lpm. SatO₂ 92%. Afebril. Eupneico. Adenopatías cervicales. Ingurgitación yugular bilateral. A la auscultación tonos disminuidos difusamente rítmicos sin soplos; MVC disminuido. Resto de exploración física normal. Radiografía tórax: derrame pleural bilateral. Ensanchamiento mediastínico superior de forma bilateral. TAC torácico: gran masa que ocupa todo el mediastino anterosuperior. Importante derrame pleural bilateral con atelectasia de ambos lóbulos inferiores, y parcial del resto de lóbulos. Ocupación de espacio en VCS, inferior a cayado de ácigos. TAC abdominal: conglomerado adenopático en ligamento gastrohepático. Adenopatía retroperitoneal paraaórtica izquierda. EBUS: células de Reed-Sternberg que sugiere linfoma de Hodgkin. Morfología de sangre periférica: linfocitos estimulados (grande, citoplasma azul). Analíticas: VSG: 49 mm. Fosfatasa alcalina: 139 U/L. B2 microglobulina: 3,1 mg/L. CA 125: 341 UI/mL. Ag SCC: 2,4 ng/mL. LDH: 177 U/L. FA: 190 U/L. GGT: 71 UI/L. PCR: 53 mg/L. Resto normal incluidas serologías. PET-TAC: conglomerado adenopático mediastínico que asocia hipermetabolismo glicídico compatible con infiltración tumoral. Derrame pleural bilateral, el derecho con colapso pulmonar, sin evidenciar nódulos o lesiones hipermetabólicas. Adenopatías hipermetabólicas en ligamento gastrohepático y celiacas compatibles con infiltración tumoral. Biopsia de médula ósea: no se observa infiltración por linfoma de Hodgkin. Biopsia de adenopatías: esclerosis nodular, estadio Ann Arbor IIIA. Masa Bulky mediastínica.

Juicio clínico: Linfoma Hodgkin, esclerosis nodular, estadio AA IIIA; masa Bulky mediastínica.

Diagnóstico diferencial: Timoma. Teratoma. Bocio endotorácico. Hematoma. Neoplasia pulmonar diseminada. Mediastinitis. Malformaciones vasculares. Hematopoyesis extramedular. Hernia diafragmática.

Comentario final: El paciente ingresa a cargo de Medicina Interna. Tras los hallazgos de las pruebas complementarias se deriva a servicio de hematología para proseguir con estadiaje y tratamiento con quimioterapia ABVD 6 ciclos + RT por masa Bulky. El paciente evolucionó favorablemente, con desaparición de la clínica y reducción temprana de las adenopatías. La enfermedad linfoproliferativa de células B o linfoma de Hodgkin implica el 0'6% de neoplasias en países desarrollados, con supervivencia

entorno al 80%. Se presenta habitualmente como adenopatía paucisintomática, dolorosa tras la ingesta de alcohol, que suele provocar disnea, derrame pleural y síndrome de vena cava superior, acompañada de síntomas B (fiebre, diaforesis nocturna y pérdida ponderal). El diagnóstico de certeza se realiza mediante inmunohistoquímica del material adenopático, acompañando para el estadiaje pruebas de imagen. En este caso cabe destacar el diagnóstico tardío del linfoma a pesar de una exploración física tan florida sin llegar a una sospecha diagnóstica pese a las múltiples visitas a consulta. Por todo esto, hacemos hincapié en la correcta anamnesis y examen clínico de los pacientes, que nos aportan signos de alarma ante patologías potencialmente graves.

BIBLIOGRAFÍA

1. Harrison 18th ed.
2. Brusamo E. Classical Hodgkin's lymphoma in adults.
3. <http://www.radiologyassistant.nl/en/p4620a193b679d/mediastinum-masses.html>
4. Jaffe ES. The 2008 WHO Classification of lymphomas.
5. Hodgkins lymphoma: ESMO Clinical Practice Guidelines.
6. Selected oncologic emergencies. In: Marx JA.