



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/2136 - Me falta el aire

L. Blázquez González<sup>a</sup>, J.I. Giménez<sup>b</sup>, C.M. Cano Bernal<sup>a</sup>, D. Fernández Camacho<sup>c</sup>, I.C. Sánchez López<sup>d</sup>, A.I. Casas Torres<sup>e</sup>, Y. Reverte Pagán<sup>a</sup>, M.C. Quesada Martínez<sup>c</sup>, M. Almansa Rosell<sup>c</sup> y M. García Palacios<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistabella. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistabella. Madrid. <sup>c</sup>Médico Residente de 2º de año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistabella. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistalegre-La Flota. Murcia. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Vistabella. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 66 años, hipertenso, diabético, fumador de 60 cig/día, diagnosticado de EPOC en tratamiento actual con tiotropio, indacaradol y salbutamol a demanda. Acude a consulta refiriendo que en el último año ha presentado cuatro episodios de 2 o 3 semanas de evolución de aumento de su disnea habitual, de evolución progresiva, y tos productiva con expectoración verdosa. Actualmente presenta disnea de moderados esfuerzos y ortopnea. Ante este empeoramiento de su situación basal, se decide la realización pruebas complementarias.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. Saturación basal 93-94%, resto de constantes normales. Cabeza y cuello: Adenopatías submandibulares no patológicas. Auscultación: sibilantes espiratorios diseminados, sin otros ruidos patológicos. Exploración abdominal normal. Analítica: glucosa 152, TSH 0,71, tiroxina libre 1,52. Resto normal. Radiografía de tórax: masa en mediastino anterior de bordes regulares y bien definidos, que desvía la tráquea a la derecha. Citología de esputo: negativa para células malignas. Espirometría: FVC 1,77 (37), FEV1 1,06 (15), FEV1/FVC 60. Tras broncodilatación se produce mejoría del 15%. Gasometría arterial: pH 7,407, pCO<sub>2</sub> 41,8, pO<sub>2</sub> 78,8, HCO<sub>3</sub>- 25,7. TAC torácico: bocio intratorácico con compresión de la luz traqueal.

**Juicio clínico:** Bocio plurinodular intratorácico de grandes dimensiones.

**Diagnóstico diferencial:** Timoma, teratoma, linfoma, neurofibroma, tumor de células germinales, sarcoma, tumor paratiroides.

**Comentario final:** El bocio intratorácico es una de las causas más frecuentes de masa mediastínica anterior. En caso de boclos de gran tamaño se puede producir la compresión de estructuras adyacentes, dando lugar a síntomas variados como disnea o disfagia, y en los casos más graves puede llegar a producir pléthora facial, mareo y síncope al levantar los brazos (signo de Pemberton). La función tiroidea suele hallarse dentro de los límites de la normalidad. La tomografía axial computarizada (TAC) es la técnica de imagen de elección, y en caso de duda diagnóstica, se puede recurrir a la punción aspiración con aguja fina (PAAF), mediastinoscopia o la mediastinotomía anterior. A pesar de la patología de base que presenta el paciente y ante la persistencia de síntomas se deben tener en cuenta otras causas de su disnea, evitando catalogar el proceso como una reagudización más sin haber descartado otras patologías.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Light RW. Trastornos de la pleura y el mediastino. En: Kasper DL, Longo DL, Fauci AS, et al. Harrison. Principios de Medicina Interna, 18<sup>a</sup> ed. México DF: McGraw-Hill Interamericana editores. 2012. Vol II, p. 2178-82.
2. Muñoz B, Sampol G, García JD, et al. Cliniguía (actualización de diagnóstico y terapéutica). España: EviScience publicaciones, 2006. p. 171-2.