Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):2

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/548 - Jugando al escondite con TEP

M. Borrallo Herrero[a], L. Frutos Muñoz[b] y M.P. Blanco Lara[c]

[a]Médico Residente; [c]Médico de Familia. Centro de Salud San Felipe. Jaén. [b]Médico de Familia. Centro de Salud El Valle. Jaén.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 65 años con antecedentes de EPOC, portador heterocigótico del gen de hemocromatosis, ex fumador. Acude a consulta por dolor pierna derecha; estando en consulta comienza con disnea y taquicardia. Se le realiza ECG y es derivado de urgencia al hospital. Es diagnosticado de TEP y de adenocarcinoma primario de origen desconocido y durante el tratamiento mediante radioterapia acude de nuevo a consulta de atención primaria aquejándose de dolor en brazo izquierdo. Apreciamos edema en dicho miembro y en tronco con fascies cianótica.

Exploración y pruebas complementarias: Dolor pierna derecha, aumento de diámetro y empastamiento, disnea, taquicardia. Analítica: DD 30627, resto en rango normalidad. Eco doppler: trombosis en territorio poplíteo derecho. Rx torax: pinzamiento seno costodiafragmático izquierdo. AngioTC: defecto perfusión en arterias segmentarias de ambos campos pulmonares. Se aprecian nódulos pulmonares de 11 mm en pulmón derecho y 8 mm en el izquierdo. Adenopatías subcarinales. TAC: enfisema centrolobulillar con infiltrado a nivel de LII, algunas imágenes nodulares visibles en ambos hemitórax con tamaño inferior a 1 cm. RMN: adenopatías subcarinales y nódulos pulmonares de 11 y 8 mm respectivamente. PET-TAC: incremento actividad metabólica laterocervical bilateral y mediastino. Nódulo subpleural LII con escasa actividad metabólica. Marcadores tumorales negativos. Biopsia: ganglio linfático supraclavicular izquierdo con infiltración por carcinoma positivo a citoqueratina 7 y 20. Se aconseja buscar primario en región pancreático-biliar y estómago. Endoscopia, colonoscopia: sin hallazgos. Broncoscopia: sin hallazgos.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Juicio clínico: Trombosis venosa profunda. Tromboembolismo pulmonar. Adenocarcinoma primario de origen desconocido. Síndrome de vena cava superior.

Diagnóstico diferencial: Reagudización EPOC, insuficiencia cardiaca, síndrome coronario agudo.

Comentario final: El médico de familia es el primer escalón para la atención personalizada del paciente y en nuestras manos está el diagnóstico precoz y en ocasiones el pronóstico. En este caso pese a la buena praxis el paciente falleció durante el ingreso. Sólo queda la satisfacción de que tanto el paciente como la familia no se vio desamparada en ningún momento, estando siempre a su alcance para apoyarlos en una situación tan delicada.

Bibliografía

1. Balcells Terés A, Arraràs Torrelles N, Gasol Cudós A. Síndrome de la vena cava superior, ¿urgencia diagnóstica y terapéutica? FMC. 2015;22:342-3.

Palabras clave: Adenocarcinoma. Síndrome vena cava superior.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.