



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1053 - Lo que puede esconder un dolor torácico

N. Fernández Sobredo^a, A. Ruiz Álvarez^b, M. de la Roz Sánchez^b, A. Luiña Madera^a, N. González García^b, N. Núñez Barros^b, R.L. Villoslada Muñiz^a, M. Montes Pérez^c, E. García Coya^d y S. Vidal Tanaka^a

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Vegas. Avilés. ^bMédico Residente. Centro de Salud la Magdalena. Avilés. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Barros. Camargo. ^dMédico Residente de Neurología. Hospital San Agustín. Avilés.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 35 años con único antecedente de asma a tratamiento con inhaladores. Acude a consulta por dolor torácico tipo pinchazo, no irradiado, de tres días de evolución que se ha agudizado en las últimas horas con disnea y sudoración profusa. Refiere disnea con el ejercicio desde hace tres meses, no fiebre, ni otra clínica asociada.

Exploración y pruebas complementarias: Se realiza exploración física completa normal y electrocardiograma con un ritmo sinusal y bloqueo incompleto de rama derecha. Ante la persistencia de la clínica se remite a Urgencias. Se solicita analítica completa (incluidos d-dímero y seriación de troponinas cardíacas, ambos normales) y una radiografía de tórax en la que se objetiva una masa parahiliar izquierda, por lo que se realiza un TC de tórax. En éste, se identifica una masa de 10 cm en mediastino anterior y extensión al hemitórax izquierdo, con áreas quísticas, grasas y calcificaciones, hallazgos sugestivos de teratoma. Se remite a cirugía torácica del hospital de referencia dónde se realiza la resección de la masa mediante esternotomía media.

Juicio clínico: La anatomía patológica de la biopsia realizada confirma el diagnóstico de tumor de células germinales de tipo teratoma maduro.

Diagnóstico diferencial: Ante un dolor torácico tenemos que descartar patología coronaria y la presencia de disnea nos tiene que hacer sospechar un tromboembolismo pulmonar. Por otro lado, ante una masa en mediastino anterior, tenemos que descartar patología tímica (hiperplasia, quiste típico o timoma), lesiones linfoproliferativas como el linfoma de Hodgkin, tumores germinales (teratoma o seminoma) y patología tiroidea (bocio endotorácico).

Comentario final: Las lesiones benignas en mediastino anterior son poco frecuentes y se suelen diagnosticar de forma casual, salvo cuando crecen y provocan sintomatología por compresión de estructuras adyacentes como corazón, grandes vasos o árbol traqueobronquial. La exéresis es curativa y rara vez tienen una degeneración maligna. Por último, resaltar que ante un tumor de células germinales siempre se debe descartar una neoplasia primaria gonadal.

Bibliografía

1. Solano Díaz P, Claret Loaiza S, Serrano Ramos F, Padín Martín MI. Masas quísticas del mediastino y su diagnóstico diferencial. SERAM, 2014.

Palabras clave: Dolor en el pecho. Enfermedades del mediastino. Teratoma.