



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/4165 - ME CANSO MÁS Y NO TENGO GANAS DE SALIR

R. Ruiz Merino^a, S. López Hernández^a, P. del Brío Ibáñez^a, I. García Álvarez^a, H. Bergaz Díez^b y M. Jaime Azuara^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid. ^bMédico de Familia. Hospital Río Hortega. Valladolid. ^cMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Parquesol. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 78 años derivado a la Unidad de Cuidados Paliativos tras seguimiento por el servicio de Neumología desde 2015. Antecedentes personales exfumador, paquipleuritis calcificada residual por tuberculosis pulmonar, derrame pleural crónico izquierdo y atelectasia compresiva del pulmón con citología y pruebas microbiología en líquido pleural negativas. Insuficiencia respiratoria crónica e insuficiencia cardiaca derecha. Dependiente para algunas actividades de la vida diaria. Últimamente, refiere astenia y pérdida de peso, hiporexia y disnea de mínimos esfuerzos. Tratamiento con furosemida, tamsulosina, tardyferon, lorazepam, dexametasona y oxigenoterapia domiciliaria.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente consciente, orientado y colaborador. Afebril, SatO₂ 92% con GN a 1,5 lpm, TA 147/80, FC 86 lpm, eupneico. Auscultación cardiopulmonar con murmullo vesicular abolido en hemitórax izquierdo. Abdomen: hepatomegalia. Analítica de sangre: hemoglobina 9,8, VSG 87, PCR 140, GGT 128. Marcadores tumorales: SCC 2,3. Rx tórax: velamiento completo de hemitórax izquierdo con desplazamiento mediastínico contralateral ya presente en las radiografías previas, aumento de la trama broncovascular en hemitórax derecho. Ingresado en Neumología se pide ecocardiograma transtorácico donde se visualiza una masa mediastínica hipoecogénica adyacente a la pared inferolateral de VI, derrame pericárdico ligero inferior que se corroboró con un TC torácico. En la última toracocentesis: líquido pleural hemático con hematíes 123.000, leucocitos 70.284, CEA 2,57, ADA 243, LDH 14.800, abundante componente inflamatorio agudo y detritus celulares, negativo para células malignas. Biopsia cambios compatibles con linfoma no Hodgkin tipo B difuso de células grandes.

Juicio clínico: Linfoma no Hodgkin B difuso de células grandes.

Diagnóstico diferencial: Masas tímicas, tumor de células germinales, linfomas, tiroides ectópico, linfadenopatías, aneurismas, tumores esofágico, neurogénico, meningocele o lesiones de la columna torácica, mononucleosis infecciosa.

Comentario final: El linfoma difuso de células B grandes (DLBCL) es el subtipo histológico más común del linfoma no Hodgkin (LNH). Predominio masculino y la incidencia aumenta con la edad. Síntomas sistémicos "B" (fiebre, pérdida de peso, sudoración nocturna), aumento del lactato deshidrogenasa sérica. El diagnóstico se basa en la biopsia de tejido escisional. La tinción de

marcadores de células pan-B, como CD20 y CD79a, es suficiente para establecer el diagnóstico.

Bibliografía

1. <http://www.uptodate.com/contents/epidemiology-clinical-manifestations-pathologic-features-and-diagnosis-of-diffuse-large-b-cell-lymphoma>

Palabras clave: Tuberculosis. Linfoma no Hodgkin. Mediastino.