Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):3150

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/2230 - SIGNO DE PEMBERTON, ¿SÓLO EN LOS LIBROS?

A. Estebanell[a], M. Carbó Diez[b], E. Llinàs Coronado[c] y A. Figueras Verdera[a]

[a]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Sant Llátzer. Terrasa. Barcelona.[b]Médico Internista. Consorci Sanitari de Terrassa. Barcelona.[c]Médico Residente de Medicina Interna. Consorci Sanitari de Terrassa. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 65 años fumador de 4 cig/d afecto de EPOC moderado (BODE 3, FEV1 66%) que consulta por disnea posicional y de esfuerzo de dos semanas de evolución sin tos, viraje del esputo ni fiebre.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración inicial, hemodinámicamente estable, auscultación cardíaca y respiratoria sin alteraciones, plétora facial, signo de Pemberton positivo, ingurgitación yugular bilateral, palpación de adenopatía supraclavicular derecha. En la radiografía torácica realizada dos semanas antes presenta ensanchamiento del mediastino, ECG en RS a 90 lpm, voltajes conservados, analítica sin alteraciones.

Juicio clínico: Se solicita TC torácica urgente que muestra probable masa en ápex pulmonar derecho con mazacotes adenopáticos supraclaviculares derechos, mazacote mediastínico que compromete la vena cava superior derecha desplazándola y disminuyendo el calibre. Realizando anamnesis dirigida, posible disfagia incipiente a sólidos los últimos días e hiporexia pero niega síndrome tóxico. Dada la clínica que presenta el paciente y los hallazgos en la TC se orienta como síndrome de vena cava superior (SVCS) secundario a proceso neoformativo. Se inicia tratamiento con dexametasona 4 mg/6h + IBP y se decide ingreso.

Diagnóstico diferencial: La auscultación es estrictamente normal y no hay signos de sobreinfección respiratoria, no sugiere agudización de su EPOC. Que en reposo el paciente se mantenga eupneico y sin plétora facial va en contra del diagnóstico de anafilaxia. Tampoco orientamos el caso como insuficiencia cardíaca ya que la auscultación no muestra alteraciones y el paciente no presenta ortopnea, DPN ni edemas. Niega dolor torácico, el ECG no muestra alteraciones, no presenta pulso paradójico ni hipotensión arterial, el taponamiento cardíaco queda descartado. Que el paciente presente signo de Pemberton haciéndose más evidente la ingurgitación yugular hace sospechar de SVCS.

Comentario final: El SVCS, conjunto de síntomas derivados de la obstrucción del flujo de la vena cava superior hacia la aurícula derecha. Hasta el 90% son de etiología neoplásica, siendo el carcinoma de pulmón el más frecuente. Se puede objetivar edema facial, cervical y edema en esclavina; se puede acompañar de otra clínica respiratoria. La repercusión clínica dependerá de la rapidez de instauración del cuadro. El diagnóstico suele realizarse mediante TC torácica, la confirmación será con anatomía patológica.

Bibliografía

1. Pinto Marín A, González Barón M. Superior vena cava syndrome. Med Clin. 2009;132:195-9.

Palabras clave: SVCS. Disnea. Pemberton.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.