



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/1211 - A PARTIR DE UNA EXPLORACIÓN...

M. Figueres Farreñy^a, N. Rodil Nosas^b, O. Ruiz García^b y M. Organista Guerrero^b

^aMédico de Familia. Centro de Salud Rambla-2. Sant Feliu de Llobregat. Barcelona. ^bEnfermera. Centro de Salud Rambla-2. Sant Feliu de Llobregat. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 77 años que consulta por edema hemifacial derecho y de extremidad superior derecha. Antecedentes personales: No AMC, Fumador, ex.enol. Antecedentes patológicos: múltiples FRCV: HTA, DM insulinodependiente con lesiones órganos diana. EPOC enfisematoso, cardiopatía isquémica. Independiente para las ABVD, no deterioro cognitivo.

Exploración y pruebas complementarias: Enfermedad actual: Inicio hace 2 semanas de disfonía intermitente acompañada de edema hemifacial derecho y de extremidad superior derecha con fóvea, cianosis. Presenta intolerancia al decúbito. No tos, no signos de fallo. ORL: No lesiones cutáneas en la piel de la cabeza, cuello y cara. Cavidad oral: visión ambas amígdalas normal, correcta movilidad lingual y de paladar. Se palpa adenomegalia supraclavicular derecha mayor de 1 mm. Se deriva a Hospital de referencia para valoración urgente. Rx tórax: pinzamiento seno costofrénico derecho, ensanchamiento mediastino. TAC tórax: trombosis VCS. Adenopatía hipodensa supraclavicular derecha patológica de 25 mm. Nódulo de 6 mm en segmento apical de LID inespecífico se aconseja estudio con PET/TC. Biopsia ganglionar: carcinoma neuroendocrino de célula pequeña.

Orientación diagnóstica: Síndrome de la vena cava superior (VCS) por tumor broncogénico.

Diagnóstico diferencial: Causas no malignas: trombosis de la VCS, fibrosis mediastínica, tumores benignos, bocio endotorácico. Aneurisma de aorta o subclavia, sarcoidosis. Causas malignas: cáncer de pulmón 75%, linfomas de Hodgkin (10-12%), lesiones metastásicas ganglionares mediastínicas de otros tumores.

Comentario final: El síndrome de la vena cava superior puede deberse a una compresión tanto extrínseca como intrínseca de la vena. La altura en la que se produzca la obstrucción determinará el cuadro clínico acompañante, así como la velocidad de instauración. Hoy en día, las causas más frecuentes corresponden a procesos malignos. El diagnóstico es clínico y se complementa con radiología de tórax y la tomografía computarizada torácica. Tríada clásica consiste en edema en esclavina, cianosis y circulación colateral, aunque la disnea representa el síntoma más frecuente.

Bibliografía

- Novella Sánchez L, Sanz Herrero F, Berraondo Fraile J, et al. Arch Bronconeumol. 2013; 49(8): 340-2.

Palabras clave: Síndrome de la vena cava superior.