Semergen. 2018;44(Espec Congr 17): 3383

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

347/2057 - DISNEA Y LESIÓN PULMONAR

I. Estepa Crespo[a], P. Clavero Cereceda[b] y C. de la Cruz Seris-Granier[a]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras Norte. Cádiz. [b]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algeciras Norte. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 47 años, sin alergias conocidas a medicamentos. Antecedentes personales: Virus de hepatitis C en tratamiento, Insuficiencia venosa crónica en ambos miembros inferiores. Fumador de un paquete/día. Acude a su médico de atención primaria por persistencia de sensación disneica y tos tras catarro de vías altas. Además comenta sensación distérmica y posibilidad de pérdida de peso, que no es cuantificada.

Exploración y pruebas complementarias: Se observa un paciente con buen estado general, bien hidratado y perfundido, eupneico en reposo. En cuello no se palpan adenopatías laterocervicales ni supraclaviculares. A la auscultación cardiopulmonar, se encuentra rítmico sin soplos, con hipoventilación campo superior derecho con roncus dispersos. Abdomen anodino. Se solicita una radiografía de tórax en la que se observa una lesión en mediastino anterior que comprime lóbulo superior derecho. Analíticamente solo destaca una hiponatremia moderada-severa.

Orientación diagnóstica: El paciente es derivado a un servicio de urgencias, donde comienza de forma progresiva con edema en miembros superiores, plétora facial en decúbito, ingurgitación yugular derecha, circulación colateral torácica. Se ingresa en medicina interna para ampliación de pruebas complementarias.

Diagnóstico diferencial: Causas no tumorales (fibrosis mediastínica idiopática, granulomas mediastínicos por histoplasmosis, mediastinitis tuberculosa, trombosis por catéter o marcapasos), y causas tumorales (carcinoma no microcítico de pulmón, timoma, linfoma mediastínico, metástasis ganglionares mediastínicas).

Comentario final: El síndrome de la vena cava superior es un cuadro clínico grave por la obstrucción del flujo sanguíneo de la vena cava superior hacia la aurícula derecha, ya sea por compresión extrínseca o por invasión de la misma. Su diagnóstico es clínico, donde el síntoma más común es la disnea, así como con los hallazgos de la exploración física. Su origen suele de ser de causa maligna en el 90% de los casos. El cáncer de pulmón no microcítico es el más frecuente, seguido del cáncer de pulmón de células pequeñas y del linfoma no Hodgkin.

Bibliografía

1. Rosa Salazar V, Guirado Torrecillas L, Hernández Contreras ME. Revista de Sociedad

Española de Neumología y Cirugía Torácica. 2012;48:347-88.

Palabras clave: Mediastino anterior. Microcítico. Vena cava superior.

1138-3593 / © 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.