

424/804 - DISNEA Y EDEMAS EN MUJER DE 78 AÑOS

A. Olza Pajares¹, A. Portu Iparraguirre¹, R. Bartolomé Resano² y C. Palacios Palomares¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rochapea. Pamplona. Navarra. ²Médico de Familia. Centro de Salud Rochapea. Pamplona. Navarra.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 78 años, con antecedentes de HTA y dislipemia, no fumadora, que es remitida a urgencias por disnea de moderados esfuerzos de dos semanas de evolución. Añade hinchazón de extremidades superiores (EESS) y cuello, desde hace dos meses, sin disfagia, ni odinofagia. No dolor torácico, palpitaciones, ortopnea, ni episodios de disnea paroxística nocturna. Niega oliguria, ni edema en extremidades inferiores (EEII). No cefalea, ni mareos. Afebril. No dolor abdominal, sin alteración del ritmo deposicional. Tratamientos previos: atorvastatina 10 mg, paroxetina 20 mg, bilastina 10 mg, losartán 100 mg.

Exploración y pruebas complementarias: PA: 144/76 mmHg. FC: 94. T^o axilar: 37 °C. FR: 40 resp/min. Sat. O₂: 94%. Regular estado general. Buena hidratación. Pléthora facial. Taquipnea. Cuello: no ingurgitación yugular. Tórax: piel edematosa en tronco hasta región infrapectoral, con circulación colateral venosa. Auscultación cardiaca rítmica, a 115 lpm, sin ruidos sobreañadidos. Auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado. No adenopatías axilares ni supraclaviculares. Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación, sin masas ni megalías. Extremidades: edema con fóvea en ambas EESS, con pulsos periféricos simétricos. No edemas en EEII, ni signos de trombosis venosa profunda a dicho nivel. ECG: ritmo sinusal a 85 lpm. Similar a previos. Radiografía tórax: atelectasia en LSD con líquido a nivel de cisura. Ensanchamiento mediastínico. Pinzamiento de senos costofrénicos con resto de parénquima pulmonar aceptablemente aireado. Analítica sanguínea: sin valores patológicos. Ingreso en Medicina Interna para completar estudio con TAC, en el que se aprecian adenopatías mediastínicas. Pendiente de estudio citológico.

Orientación diagnóstica: Síndrome de vena cava superior (SVCS) en relación con masa mediastínica (probable linfoma).

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia cardiaca. Taponamiento cardiaco. Síndrome de Cushing. Linfoma.

Comentario final: Es importante tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de la disnea el SVCS, pues al ser infrecuente, solemos pasarla por alto al inicio, resultando fundamental un diagnóstico precoz para un tratamiento adecuado. Los edemas en EESS siempre deben hacernos sospechar una patología compresiva torácica, iniciando el estudio por una radiografía de tórax en todos los casos, salvo que la gravedad de los síntomas recomiendan una actuación urgente como en nuestra paciente.

Bibliografía

1. Lamelo Alfonsín F. Síndrome de Vena Cava Superior. [Internet]. Fisterra [Actualizado 09/05/2019]. Disponible en: <https://www-fisterra-com-na-cdib.a17.csinet.es/guias-clinicas/sindrome-vena-cava-superior/>

superior/

Palabras clave: Venas cava. Neoplasias del mediastino. Edema.