



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

482/46 - NO TODO ES ALERGIA

L. Ballarín Naya¹, P. Alarcón Serrano², M. Vera Colas³ y B. Albericio Gil⁴

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Sur. Zaragoza. ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sutullena. Lorca. Murcia. ³Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arrabal. Zaragoza. ⁴Residente de Anestesiología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 58 años, fumadora (índice paquetes años [IPA 40]), sin alergias medicamentosas, con antecedentes de HTA en tratamiento con IECA y ARA II. Fue valorada en Servicio de urgencias por angioedema sin desencadenante claro, tratada con metilprednisolona 60 mg, dexclorefeniramina 5 mg vía IM y antihistamínicos orales, alta. Acudió a nuestra consulta de AP por edema palpebral, sin tos ni disnea.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente eupneica, con rubefacción en zona superior de tórax con arañas vasculares, con ingurgitación yugular derecha. A nivel ORL no se identifican alteraciones y en la palpación cervical no aparecían adenopatías. Presentaba marcadas acropaquias, por lo que solicitamos una radiografía de tórax, donde se identifica un ensanchamiento mediastínico superior con masa hilar derecha. Se ingresó a la paciente para estudio de la masa pulmonar y posible síndrome de vena cava superior (SVCS).

Orientación diagnóstica: Ante una paciente con varios episodios de angioedema, antecedentes de tabaquismo y en cuya exploración física muestra ingurgitación yugular y arañas vasculares se debe sospechar SVCS y solicitar Rx tórax.

Diagnóstico diferencial: Angioedema alérgico, angioedema por IECAs, síndrome de vena cava superior.

Comentario final: El SVCS se produce por la obstrucción de dicha vena, ya sea por causas intrínsecas (trombosis) o extrínsecas (masas tumorales de origen pulmonar, tímico, linfoadenopatías mediastínicas). Si la obstrucción es proximal a la vena cava, superior a la entrada de la vena áigos, la sintomatología es menos florida, siendo el signo más evidente la distensión de la vena yugular derecha, pero si la obstrucción se produce a nivel distal, el cuadro es más florido encontrando circulación colateral toracoabdominal, y en casos graves, edema en EEII e incluso ascitis. En la Rx tórax puede objetivarse un ensanchamiento mediastínico superior, masa hilar derecha y derrame pleural derecho. Un 15% de Rx puede ser normal. Se necesita TAC torácico para objetivar el nivel de la obstrucción y extensión.

Bibliografía

- Hermida Pérez JA, Sobenes Gutiérrez RJ. Cáncer de pulmón de células pequeñas, tabaquismo y síndromes paraneoplásicos. Med Gen Fam. 2013;2:153-7.
- Lepper PM, Ott SR, Hoppe H, Schumann C, Stammberger U, Bugalho A, et al. Superior vena cava syndrome in thoracic malignancies. Respir Care. 2011;56(5):653-66.

Palabras clave: Angioedema. Vena Cava superior.