



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

452/128 - LAS "TERRIBLES" SORPRESAS DE LA DISNEA

A. Bes Giménez¹, A. Cuadrado González², I. Andres Bergareche³, V. Bergua Díez⁴, A. González Castellary⁵, C. Pardillos Marin²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Goya. Madrid.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Daroca. Zaragoza, ³Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Daroca. Zaragoza. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Ernest Lluch. Zaragoza. ⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Hortensia. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 33 años, sin antecedentes patológicos de interés, no alergias medicamentosas conocidas, fumador de 2 cig/día. Acude a consulta con cuadro de disnea progresiva hasta hacerse de reposo, dolor en ambos hemitórax y ortonopea de 1 semana de evolución que asocia tos seca en las últimas 24h. Afebril. No dolor torácico, sensación de palpitaciones. No edemas. Náuseas y vómitos acompañantes. No otra clínica concomitante. Como antecedentes familiares importantes la madre falleció por timoma. Ante el mal estado del paciente en consulta, se deriva a urgencias para completar estudio y tratamiento agudo.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril, TA 167/110 mmHg, FC 119 lpm, SatO2 92%. A la exploración destaca mal estado general, Taquipneico en reposo (27 rpm), uso de musculatura accesoria y dolor a la palpación de articulaciones esternocostales izquierdas. A la auscultación hipofonesis generalizada con sibilantes diseminados y crepitantes en base pulmonar izquierda. Resto de la exploración sin hallazgos. Se realizó una gasometría arterial (GSA) que objetiva una leve alcalosis respiratoria crónica, bioquímica normal, coagulación normal excepto dímero D elevado (1,69 ?g/ml) y hemograma normal. En las pruebas de imagen; La Rx de tórax muestra ensanchamiento mediastínico marcado por lo que se solicita TC torácico que objetiva voluminosa masa (16 × 11 cm) en mediastino anterior, con compresión sin evidente infiltración de estructuras adyacentes; conglomerados adenopáticos supra e infradiafragmáticos sugestivo de linfoma como primera posibilidad. Además, moderado derrame pleural izquierdo y leve-moderado derrame pericárdico; estudio negativo para tromboembolismo pulmonar (TEP). Se realizó toracocentesis sin obtención apenas de líquido remitiendo a anatomía patológica y microbiología.

Juicio clínico: Linfoma linfoblástico T IE-A.

Diagnóstico diferencial: Neumonía atípica: no fiebre, disnea, crepitantes, descartado por imagen. TEP: elevación dímero D, disnea brusca, descartado por angioTC. Timoma: el más frecuente y antecedentes familiares del paciente. Teratoma: descartado por homogeneidad en TC, ausencia calcificaciones, márgenes mal definidos. Bocio tiroideo: descartable por clínica, composición y localización en prueba de imagen. "Terrible" linfoma: se confirma mediante biopsia mediastínica.

Comentario final: Tras su estancia en urgencias el paciente ingresa en Medicina Interna para estudio de masa neoplásica de origen mediastínico que a pesar de que en las exploraciones de imagen sugiere linfoma, se debe descartar timoma por los antecedentes familiares. Se remitió a Hematología una vez se obtuvo el resultado de

la biopsia para control evolutivo y tratamiento. No se inició corticoterapia inicialmente para evitar interferencias con el diagnóstico anatomo-patológico de las posibles biopsias necesarias. Última revisión en hematología con diagnóstico de linfoma linfoblástico T de afectación exclusivamente mediastínica (MO negativa y PL negativa) que tras tratamiento según protocolo para LAL de alto riesgo (vincristina 2 mg durante 3 días, daunorrubicina 50 mg/m² durante 3 días y PEG-asparaginasa dosis única) sin complicaciones inmediatas, se obtuvo en PET-TAC respuesta completa.

Bibliografía

Grupo Español de Leucemia Linfocítica Crónica (GELLC). Guía nacional de leucemia linfática crónica y linfoma linfocítico. Sociedad Española de Hematología y Hematoterapia y Fundación Española de Hematología y Hematoterapia, 3^a ed. 2019. Disponible en:
file:///C:/Users/ACUADR~1/AppData/Local/Temp/Guia-Clinica-LLC-con-Aval.pdf

Provencio Pulla M. Linfomas no Hodgkin. Sociedad española de Oncología Médica, 2017. Disponible en:
<https://seom.org/info-sobre-el-cancer/linfoma-no-hodgkin?showall=1>

Palabras clave: Disnea. Tos. Linfoma. Mediastino. Bulky.