



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

253/85 - SÍNDROME CONSTITUCIONAL: ¿QUÉ NOS PODEMOS ENCONTRAR? ABORDAJE DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

N. Insa Lucas^a, N. Añó Bernat^a, M. Catalá Espí^b, A. Mira Carrión^b, A. Jordá Faus^c, L. Furió Sanchís^c y P. Ballester Gil^d

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Cocentaina. Alicante. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de La Fábrica. Alcoy. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy. ^dMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud de La Fábrica. Alcoy.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 84 años con antecedentes de HTA, dislipemia, úlcera gástrica, neoplasia mamaria (libre de enfermedad), que presenta deterioro del estado general y síndrome constitucional (astenia, hiporexia y pérdida de peso 4-5 kg) de unos 3 meses de evolución, con empeoramiento en la última semana. La paciente refiere que tuvo un disgusto importante al inicio del cuadro (enfermedad en hijo) a lo que atribuye los síntomas. No fiebre ni sudoración nocturna. Hábito intestinal habitual 1-2 deposiciones blandas al día sin productos patológicos, ni cambios respecto a previo. Refiere disnea a moderados esfuerzos que ha aparecido progresivamente en las dos últimas semanas. No tos ni expectoración.

Exploración y pruebas complementarias: Palidez de piel y mucosa, bajo peso e hipofonesis en base pulmonar derecha. Resto normal (constantes adecuadas, saturación 94%, cardiovascular normal, no edemas, no adenopatías palpables, abdomen anodino...). AS: PCR 5,2, LDH 180. Hb 11,7, Hto 36%, VCM 80, hierro 23, transferrina 170, IST 11%, leucos 14.930, neutros 11.390, resto normal. Serologías (hepatitis, VIH, VEB, CMV) negativas. MT: CEA, Ca 19,9 y AFP normales. Ca 125 390, Ca 15.3 32, b2microglobulina 6,1. Radiografía de tórax: derrame pleural 1/3 medio derecho. SOH: × 3 negativas. Pruebas complementarias en hospital: TC toraco-abdomino-pélvico: masas adenopáticas mediastínicas, retroperitoneales, mesentéricas e iliacas (linfoma VS extensión de tumor primario). Nódulos pleurales metastásicos y derrame pleural derecho. Líquido pleural: negativo para malignidad. Abundante población inflamatoria polimorfa. Cultivos negativos. Frotis sangre periférica: SR hipocroma. SB linfopenia con linfocitos pequeños maduros. SP normal. Biopsia nódulo pleural: infiltración por proceso linfoproliferativo, como primera opción difuso de célula grande B. PET-TC: tumor primario de origen gástrico. Infiltración ganglionar supra e infradiafragmática y signos de carcinomatosis peritoneal. Biopsia gástrica: mucosa infiltrada por linfoma de célula grande.

Juicio clínico: Síndrome constitucional a estudio. Linfoma difuso de célula grande tipo B.

Diagnóstico diferencial: 1. Causas orgánicas: Infecciosas: neumonía, TBC, hepatitis... Neoplásicas: colon, gástrico, genitourinario, páncreas... Cardíacas: insuficiencia, isquemia, valvulopatías... Pulmonares: EPOC, fibrosis pulmonar... Endocrinometabólicas: diabetes, insuficiencia suprarrenal, hipotiroidismo... Digestivas: celiaquía, hepatopatía, malabsorción, esofagitis, EII... Hematológicas: anemia, síndrome proliferativos... Renales: insuficiencia renal... Reumáticas: polimiositis, LES... Tóxicas: fármacos... 2. No orgánicas: trastornos del ánimo y adaptativos, de la conducta alimentaria, somatizaciones...

Comentario final: En primer lugar debe determinarse si el paciente tiene un síndrome constitucional significativo. En segundo lugar, establecer la organicidad o no del mismo. Es importante su abordaje desde atención primaria, realizando una adecuada anamnesis y exploración física, y solicitar estudios complementarios si precisa. Orientar siempre las pruebas complementarias basándose en los hallazgos clínicos y sospecha etiológica más probable.

Bibliografía

1. Alibhai SMH, Greenwood C, Payette H. An approach to the management of unintentional weight loss in elderly people. *CMAJ*. 2005;172(6):773-80.
2. Bouras EP, Lange SM, Scolapio JS. Rational approach to patients with unintentional weight loss. *Mayo Clin Proc*. 2001;76:23-9.
3. Hernández JL, Matorras P, Riancho JA, González, Macías J. Involuntary weight loss without specific symptoms: a clinical prediction score for malignant neoplasm. *QJM*. 2003;96(9):649-55.
4. Wallace JI, Schwartz RS. Involuntary weight loss in the elderly outpatients. *Clin Geriatr Med* 1997;13(4):717-35.
5. Lankisch P, et al. Unitentional weight loss: diagnosis and prognosis. The first prospective follow-up study from a secondary referral centre. *Journal of Internal Medicine*. 2001;249:41-6.
6. Pérez Valero I, et al. Actitud diagnóstica ante un paciente con síndrome constitucional. *JANO* 16-22 2055; Vol LXIX n° 1376.
7. Alonso Martínez JL, Samperiz Legarre AL, Rubio Obanos T, Agorreta Ruiz FJ, Escolar Castellón F. Involuntary weight loss. *An Med Interna*. 1993;10:68-71.
8. Bouras EP, Lange SM, Scolapio JS. Rational approach to patients with unintentional weight loss. *Mayo Clin Proc*. 2001;76:23-9.
9. Brooke G. Evaluating and treating unintentional weight loss in the elderly. *Am Fam Physician*. 2002;65:640-50.
10. Hernández Hernández JL, Matorras Galán P, Riancho Moral JA, González-Macías J. Espectro etiológico del síndrome general solitario. *Rev Clin Esp*. 2002;202:367-74.
11. Jiménez Díaz C. El síndrome general maligno en las neoplasias (los síntomas del tumor que no se encuentra). *Rev Clin Esp*. 1953;49:287-93.
12. Martínez Bruna MS, Anderiz Lopez M. The diagnostic spectrum of the general malignancy syndrome. *An Med Interna*. 1989;6:355-60.

Palabras clave: Síndrome constitucional.