



IMÁGENES EN MEDICINA DE FAMILIA

Doctor: esta tos me está matando

Doctor: this cough is killing me

L. Vallejo Puntero*, E. San Segundo Méndez y B.B. Báez Montiel

Atención Primaria, Centro de Salud Santa Bárbara, Toledo, España

Mujer de 25 años, sin antecedentes personales médico-quirúrgicos de interés, en tratamiento con anticonceptivo oral. Acudió a nuestra consulta de centro de salud porque presentó odinofagia y tos con expectoración blanquecina de 10 días de evolución. No presentó fiebre. Negó sensación disneica.

En exploración física, se objetivó saturación de oxígeno del 97%. Faringe levemente hiperémica. Auscultación cardíaca normal. Auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen anodino, sin masas ni megalias. No adenopatías. No edemas.

Se pautó un fármaco mucolítico y se citó nuevamente a la paciente en 15 días para ver su evolución.

En la revisión, a pesar de constatar una exploración rigurosamente normal, la paciente refirió persistencia de la tos. Se decidió ampliar el estudio con una radiografía de tórax, en la que se objetivó la presencia de una masa mediastínica anterior izquierda de bordes lobulados en probable relación con linfoma, junto con dudosas adenopatías hiliares izquierdas (fig. 1). Dados los hallazgos encontrados en la prueba de imagen, ya de por sí bastante reveladores de posible linfoma, se decidió la derivación de la paciente a Urgencias Hospitalarias para una posible filiación de los hallazgos radiológicos objetivados en nuestra consulta de atención primaria y obtener un diagnóstico de certeza.

Una vez allí, se amplió el estudio con una analítica, en la que se apreció trombocitosis sin otras alteraciones. Se



Figura 1 Radiografía de tórax: masa mediastínica anterior izquierda de bordes lobulados. Dudosas adenopatías hiliares izquierdas.

decidió el ingreso en el servicio de Medicina Interna, donde se realizó una tomografía axial computarizada toracoabdominopélvica, confirmándose la presencia de una gran masa heterogénea en el mediastino anterosuperior izquierdo, de $11,8 \times 9,9 \times 9,9$ cm, compatible con proceso linfoproliferativo, así como adenopatías supraclaviculares, prevasculares y paratraqueales (fig. 2). Se realizó una biopsia mediante mediastinoscopia, donde se confirmó el diagnóstico de linfoma difuso de células grandes de tipo B.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lore9.10.11@hotmail.com
 (L. Vallejo Puntero).

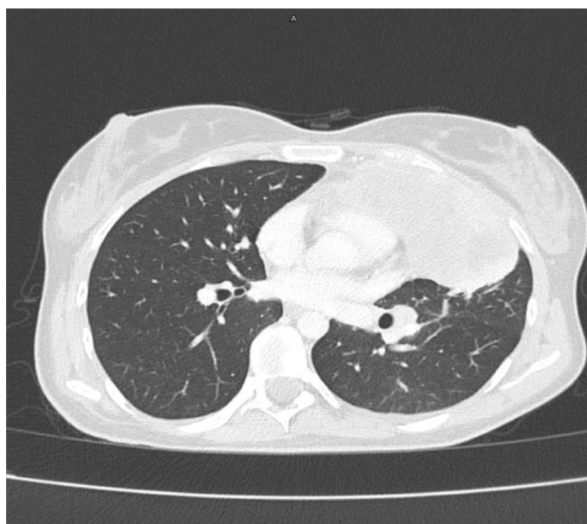


Figura 2 TAC toracoabdominopélvico: masa heterogénea en mediastino anterosuperior izquierdo, de 11,8 × 9,9 × 9,9 cm.

En la actualidad, la paciente se encuentra pendiente de realizar estudio de extensión mediante tomografía por emisión de positrones-tomografía computarizada (PET/TAC). De esta forma, se determinará el estadio de la enfermedad y se comenzará el tratamiento más adecuado.

El linfoma de células grandes de tipo B mediastinal primario es un subtipo de linfoma no Hodgkin (LNH) infrecuente, responsable del 3% de todos los casos de LNH. Es más frecuente en mujeres en la tercera o cuarta década de la vida. Los factores de riesgo del LNH incluyen obesidad, trastornos inmunitarios e infecciones¹.

Se suele presentar como una masa mediastínica de rápida expansión que cursa con síntomas respiratorios compresivos, tales como tos, disnea, dolor torácico, etc. Aproximadamente un tercio de los casos pueden presentarse con síndrome de vena cava superior, derrame pleural o derrame pericárdico².

Conviene destacar que los linfomas son una de las causas más frecuentes de localización de masas en el mediastino anterior, junto con timomas, teratomas o masas tiroideas³.

Para su diagnóstico se emplean pruebas de imagen tales como la tomografía axial computarizada, considerada el *gold standard*. El diagnóstico definitivo se consigue a través de una biopsia obtenida a través de mediastinoscopia o toracoscopia⁴.

El tratamiento óptimo para estos tumores depende en gran medida del tamaño de la lesión tumoral y del tipo histoquímico, encontrándose como principales opciones la quimioterapia y la radioterapia⁴.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Consideraciones éticas

Se obtuvo el consentimiento informado del paciente para la publicación del caso.

Hemos seguido los protocolos de los centros de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes, y contamos con el consentimiento del paciente para su publicación. Hemos respetado la privacidad de los sujetos.

Conflicto de intereses

Declaro que ninguno de los autores presenta conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Pfau D, Smith D, Beck R, Kianoush G, Gupta A, Caimi P, et al. Primary Mediastinal Large B-Cell Lymphoma: A Review for Radiologists. *AJR Am J Roentgenol*. 2019;213:194-210.
2. Torres T, Herrera D, Gálvez M, Moran E, Cid RM, Gordillo R. Masas mediastinales: Epidemiología y decisiones estratégicas. Experiencia de 13 años. *Neumol Cir Tórax*. 2016;75:268-74.
3. Caballero M, Cinesi C. Masas mediastínicas. *Semergen*. 2003;29:573-6.
4. Gallego A, Sánchez R, Espinosa K, Hurtado R. Linfoma mediastinal. *Acta Med*. 2016;14:240-3.