



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/548 - JUGANDO AL ESCONDITE CON TEP

M. Borrallo Herrero<sup>a</sup>, L. Frutos Muñoz<sup>b</sup> y M.P. Blanco Lara<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente; <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud San Felipe. Jaén. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud El Valle. Jaén.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 65 años con antecedentes de EPOC, portador heterocigótico del gen de hemocromatosis, ex fumador. Acude a consulta por dolor pierna derecha; estando en consulta comienza con disnea y taquicardia. Se le realiza ECG y es derivado de urgencia al hospital. Es diagnosticado de TEP y de adenocarcinoma primario de origen desconocido y durante el tratamiento mediante radioterapia acude de nuevo a consulta de atención primaria aquejándose de dolor en brazo izquierdo. Apreciamos edema en dicho miembro y en tronco con fascies cianótica.

**Exploración y pruebas complementarias:** Dolor pierna derecha, aumento de diámetro y empastamiento, disnea, taquicardia. Analítica: DD 30627, resto en rango normalidad. Eco doppler: trombosis en territorio poplíteo derecho. Rx torax: pinzamiento seno costodiafragmático izquierdo. AngioTC: defecto perfusión en arterias segmentarias de ambos campos pulmonares. Se aprecian nódulos pulmonares de 11 mm en pulmón derecho y 8 mm en el izquierdo. Adenopatías subcarinales. TAC: enfisema centrolobulillar con infiltrado a nivel de LII, algunas imágenes nodulares visibles en ambos hemitórax con tamaño inferior a 1 cm. RMN: adenopatías subcarinales y nódulos pulmonares de 11 y 8 mm respectivamente. PET-TAC: incremento actividad metabólica laterocervical bilateral y mediastino. Nódulo subpleural LII con escasa actividad metabólica. Marcadores tumorales negativos. Biopsia: ganglio linfático supraclavicular izquierdo con infiltración por carcinoma positivo a citoqueratina 7 y 20. Se aconseja buscar primario en región pancreático-biliar y estómago. Endoscopia, colonoscopia: sin hallazgos. Broncoscopia: sin hallazgos.

**Juicio clínico:** Trombosis venosa profunda. Tromboembolismo pulmonar. Adenocarcinoma primario de origen desconocido. Síndrome de vena cava superior.

**Diagnóstico diferencial:** Reagudización EPOC, insuficiencia cardiaca, síndrome coronario agudo.

**Comentario final:** El médico de familia es el primer escalón para la atención personalizada del paciente y en nuestras manos está el diagnóstico precoz y en ocasiones el pronóstico. En este caso pese a la buena praxis el paciente falleció durante el ingreso. Sólo queda la satisfacción de que tanto el paciente como la familia no se vio desamparada en ningún momento, estando siempre a su alcance para apoyarlos en una situación tan delicada.

### Bibliografía

1. Balcells Terés A, Arraràs Torrelles N, Gasol Cudós A. Síndrome de la vena cava superior, ¿urgencia diagnóstica y terapéutica? FMC. 2015;22:342-3.

**Palabras clave:** *Adenocarcinoma. Síndrome vena cava superior.*