



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/873 - DOCTORA, ME SIGUE DOLIENDO EL HOMBRO

Y. Rodríguez González¹, D. Simarro Díaz¹, A. Valdor Cerro² y S. López Santos³

¹Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud D^a. María Fernández Pérez. Los Corrales de Buelna. Cantabria. ²Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja Cabuérniga. Cabezón de la Sal. Cantabria. ³Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 76 años. FRCV: HTA. DLP. Obesidad. Diagnosticada de carcinoma epidermoide de pulmón T4N3M0 en julio 2020. Iniciado carbo/vnr día 1. Trastorno adaptativo. IQ. PTR en ambas extremidades. Tratamiento: megestrol, rosuvastatina, escitalopram, olmesartán/hidroclorotiazida, lorazepam, omeprazol, solifenacina, fentalino parches 12. Alergias: no conocidas. Acudió por edema en ESD asociado a omalgia que ya presentaba los días previos y por el que se inició fentanilo. No cambios en disnea habitual. No hemoptisis. No dolor torácico. No tos. Derivamos a urgencias hospitalarias para realización de pruebas complementarias.

Exploración y pruebas complementarias: T: 36 °C. TAS: 123 TAD: 97 FC: 107 SATO2: 99 BEG. NH. NP. Eupneica en reposo. No cianosis facial. Edema en cuello (por lo que no puedo valorar PVY) y ESD hasta mano. No se palpaban adenopatías axilares ni cervicales. PICNR. No ptosis palpebral. Circulación colateral en tórax. AC: rítmica, no se auscultaban soplos. AP: MVC. Abdomen: blando, no doloroso, RHA normales. EEII: no edemas. Analítica: glucosa suero 104 mg/dl, urea suero 133 mg/dl, Creatinina suero 1,75 mg/dl, filtrado glomerular estimado (CKD-EPI) 28 ml/min/1,73 m², Sodio suero 134 mEq/l. Hemograma y coagulación normal. Rx tórax: ensanchamiento mediastínico, elevación hemidiafragma derecho (sin cambios con respecto a previa). TC de tórax con contraste: extensa tumoración mediastínica cervicotorácica que afecta al espacio paratraqueal derecho, con extensión supra clavicular derecha. Presenta unas dimensiones de 10 × 8 × 7 cm en sus diámetros craneocaudal y transversal y anteroposterior. La tumoración englobaba a la vena cava superior y condiciona un desplazamiento, infiltración y estenosis grave-crítica de la luz traqueal. Comparativamente con el TAC realizado el 05/05/2020 existe una progresión significativa de la tumoración. Adenopatías en cadena cervical baja derecha.

Orientación diagnóstica: Ca epidermoide pulmón. Síndrome vena cava. Estenosis luz traqueal.

Diagnóstico diferencial: Omalgia mecánica. Linfedema. Síndrome de la vena cava superior.

Comentario final: Resulta fundamental tener en cuenta las complicaciones de los procesos oncológicos que requieran manejo urgente.

Bibliografía

1. Friedman T, Quencer KB, Kishore SA, et al. Malignant Venous Obstruction: Superior Vena Cava Syndrome and Beyond. *Semin Intervent Radiol.* 2017;34:398.
2. Kalra M, Sen I, Gloviczki P. Endovenous and Operative Treatment of Superior Vena Cava Syndrome. *Surg Clin North Am.* 2018;98:321.

Palabras clave: Edema. Omalgia. Epidermoide.