



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 262/423 - EDEMA EN ESCLAVINA, A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Rodrigo González<sup>a</sup>, C. de Manueles Astudillo<sup>b</sup>, A. Pérez Santamaría<sup>b</sup>, E. de Dios Rodríguez<sup>c</sup>, N. Diego Mangas<sup>d</sup> y C. Montero Sánchez<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente. Centro de Salud Casto Prieto. Salamanca. <sup>b</sup>Médico Residente. Centro de Salud San Juan. Salamanca. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miguel Armijo Moreno. Salamanca. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Salamanca. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Garrido Sur. Salamanca.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 61 años con antecedentes de DM-II, dislipemia, HTA y FA con CVE en 2012 actualmente anticoagulada. En tratamiento con valsartán/HCTZ 160/12,5 mg; atenolol 50 mg; metformina/sitagliptina 50/1000, Apocard 100 mg; atorvastatina 40 mg; omeprazol 20 mg y Sintrom. Exfumadora desde hace 7 meses (IPA 15 cig/año). Acude por cuadro de tos seca de 2 semanas de evolución, con el ejercicio, acompañado de dolor centro torácico irradiado a cuello y palpitations que cede con el reposo. No ortopnea ni DPN. Afebril. Tras exploración y constantes normales, se pauta tratamiento sintomático y solicitamos Rx tórax. Dos semanas después aporta estudio de cardiología normal (previsto para control por su FA); aqueja más disnea, ortopnea, odinofagia, dolor e inflamación cervical acompañado de astenia intensa. No se ha realizado la Radiografía de Tórax.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 95/56 mmHg. FC 88 lpm. T<sup>a</sup> 35,7 °C. SatO<sub>2</sub> basal 92%. Regular estado general. Taquipneica en reposo. No tolera decúbito. Colabora. CyC: faringe hiperémica; discreto edema sin fovea laterocervical derecha y extremidad superior derecha. Tórax: AC RsCsRs sin soplos. AP: MV disminuido en hemitórax derecho. Abdomen y EEII sin hallazgos patológicos. ECG: RS a 75 lpm; AQRS 30°; sin alteraciones en la repolarización. Se deriva a urgencias para valoración.

**Juicio clínico:** Angor de esfuerzo. Edema en esclavina.

**Diagnóstico diferencial:** Infección respiratoria; neoplasias pulmonares. IAM.

**Comentario final:** En urgencias se objetiva en Rx tórax: signo de la "S de Golden"; masa pulmonar con atelectasia en LSD. La paciente ingresa con diagnóstico de insuficiencia respiratoria y síndrome de vena cava superior (SVCS) secundario a neoplasia pulmonar. El SVCS es una emergencia real que precisa la instauración de tratamiento inmediato; es un conjunto de signos y síntomas provocados por la obstrucción (intrínseca o extrínseca) de la vena cava superior. El 75% de las causas malignas será debido al cáncer de pulmón (muy a tener en cuenta en el caso de nuestra paciente, exfumadora). Su triada clásica es edema en esclavina, cianosis facial y circulación colateral. El tratamiento se realiza a base de corticoterapia y terapia adyuvante, que en el caso de esta paciente

fue radioterapia con buena respuesta, siendo dada de alta días posteriores a la espera de estudio completo.

### **Bibliografía**

1. Sabino A, Pérez B, Ruiz M. Protocolo diagnóstico de la sospecha de síndrome de la vena cava superior. *Medicine*. 2005;9(24):1579-81.