



## 160/2345 - SEGURO QUE ES UN TUMOR OCULTO!

A. García Gálvez<sup>a</sup>, P. Abdeljabbar Paredes<sup>b</sup>, J.A. Pardo Sáez<sup>c</sup>, S. Fallas<sup>d</sup>, M. Moreno Alfaro<sup>e</sup>, A.C. Frazao dos Santos<sup>f</sup>, J. Sánchez Sánchez<sup>g</sup>, M. Martínez Pujalte<sup>d</sup>, Y. Romero Castro<sup>e</sup> y A. Carrasco Angulo<sup>h</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud Los Alcázares. <sup>b</sup>Médico de Familia. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia. <sup>c</sup>Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. <sup>d</sup>Centro de Salud San Javier. Murcia. <sup>e</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alcázares. Murcia. <sup>f</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de los Alcázares. Murcia. <sup>g</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Los Narejos. Murcia. <sup>h</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de San Javier. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 47 años, que dos semanas antes de consultar a su Médico de Familia, debuta con dolor y tumefacción en el último molar superior derecho, por lo que acude a dentista y se pauta amoxicilina, sin mejoría. El paciente se marcha de vacaciones y en el hospital de la región consulta ahora por edema en cara, cuello y además región supraclavicular y odinofagia, allí lo diagnostican de submaxilitis aguda derecha y tras 3 días de ingreso se fue de alta con Augmentine y AINEs, ante la escasa mejoría acude a su médico de familia quien remite el paciente a Urgencias para nueva valoración.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 128/85. Pulso: 90 lpm. T<sup>a</sup>: 36 °C. Buen estado general, eupneico, cuello edema difuso de cara cuello y brazos, sin signos flogóticos. ACR: Tonos rítmicos sin soplos. m.v.c., sin ruidos patológicos. Abdomen: No doloroso, blando y depresible, sin megalias. EEII: sin edemas, pulsos pedios presentes, signos de insuficiencia venosa crónica. Hb: 13. Hcto: 37,7, VCM: 81,1, Pqt: 209.000. Leucocitos: 11.990 (56,1%N, 33,9%L), Glc: 90. Cr: 0,70. Urea: 44. Na: 142. K: 4,2. Coagulación: AP: 98. PTTA: 44,8. Fibrinógeno: 479. Ac. anticardiolipina IgM 69, anticoagulante lúpico positivo, doppler de cervical y de miembros superiores: trombosis venosa profunda y superficial en yugulares internas, subclavias y sistema venoso de mmss. TAC cerebro-cuello-abdomen-pélvico: infartos lacunares vs espacios perivasculares dilatados. Engrosamiento mucoso de seno maxilar derecho, numerosos ganglios cervicales, sobre todo en niveles ii y iii izquierdos, esplenomegalia leve.

**Juicio clínico:** Trombosis múltiples por síndrome antifosfolipídico.

**Diagnóstico diferencial:** Trombosis secundaria a neoplasia oculta, submaxilitis aguda.

**Comentario final:** El paciente fue valorado por hematología, UCI, cirugía vascular y ORL, decidiéndose finalmente ingreso en Medicina Interna. En planta se realizó despistaje de forma razonada de enfermedad neoplásica oculta así como estudio de hipercoagulabilidad donde solo hemos encontrado unos anticuerpos anticardiolipinas elevados y anticoagulante lúpico positivo. Se

inició tratamiento con HBPM y posteriormente acenocumarol con muy buena evolución clínica y sin complicaciones asociadas, motivo por el cual es dado de alta hospitalaria, con control y seguimiento por su Médico de Familia de los valores de INR.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Rodríguez Blanco A, Rodríguez Barrientos R, Estelles Píera F. Trombosis venosa profunda y cancer: actitud diagnóstica. *An Med Interna (Madrid)*. 2002;19:657-8.
2. Hansson P, Sörbo J, Eriksson H. Recurrent venous thromboembolism after deep vein thrombosis. *Arch Intern Med*. 2000;160:769-74.
3. Frederick A, Anderson J, Frederick AS. Risk factors for venous thromboembolism. *Circulation*. 2003;107:9-16.
4. López JA, Kearon C, Lee AY. Deep Venous Thrombosis *Hematol*. 2004;53:439-55.