



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2422 - Doctor, tengo la cara hinchada y me cuesta respirar

A.M. Fernández López^a, M. Martínez Hernández^b, R.F. Sánchez Lizarraga^c, E.M. Fernández Cueto^d, M.S. Fernández Guillén, C. Celada Roldán^f, M. Gonzálvez^e y M. García Aroca^g

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Algar. Cartagena. Murcia.

^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Algar Mar Menor.

Cartagena. Murcia. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Algar

Mar Menor. Cartagena. Murcia. ^dMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de

Salud El Algar Mar Menor. Cartagena. Murcia. ^eMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria.

Centro de Salud Mar Menor. Cartagena. Murcia. ^fMédico Residente de 2^o año de Medicina de Familia y

Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia. ^gMédico Residente de 3^{er} año de Medicina de

Familia y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 45 años que presenta desde hace dos días cefalea opresiva holocraneal acompañada de presión a nivel facial y cervical. Refiere sensación de aumento de presión facial y disnea al agacharse. Antecedentes: meningitis a los 11 años. Radiculopatía C4-C5 izquierda en control por neurología. Intervenida en 2008 por un CDI de mama izquierda (T1 N0 M0). Tratada con QT neoadyuvante AC x4-paclitaxel × 12 ciclos. Hormonoterapia con tamoxifeno+zoladex. No HTA, no DM, no alergias medicamentosas conocidas.

Exploración y pruebas complementarias: T^a 36°. FC 78 lpm. TA 105/67 mmHg. Buen estado general. No cianosis. No fiebre. No edema en MMSS. Cervical: se aprecia circulación colateral y distensión yugular en lado derecho. AC: rítmica, no soplos audibles. AP: MVC. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni megalias. MMII: no edemas, no signos de trombosis venosa profunda, pulsos pedidos conservados y simétricos. Neurológica: consciente y orientada, pares craneales centrados y conservados, sensibilidad táctil simétrica y sin alteraciones, coordinación dedo-nariz sin disimetrías, Romberg negativo, reflejos osteotendinosos conservados. Se prescribe cama levantada, corticoides y radiografía de tórax urgente. Radiografía PA y lateral: pequeña masa de partes blandas en vértice de pulmón izquierdo, a valorar posibles cambios posradioterapia versus tumor de Pancoast. Ensanchamiento mediastínico. Con el resultado de la radiografía se deriva a vía rápida de medicina interna para realización de PET-TAC. Analítica: hematíes 3,8 (↓), hematocrito 35,3 ((↓), leucocitos 3,67 ((↓), neutrófilos 1,69 ((↓). El resto de la bioquímica dentro de la normalidad. AngioTAC pulmonar: síndrome de vena cava superior por adenopatías que engloban los troncos braquiocefálicos. Trombosis parcial de vena yugular interna izquierda. Pequeña masa de partes blandas en vértice de pulmón izquierdo. A valorar posibles cambios radioterápicos.

Juicio clínico: Síndrome de vena cava superior por adenopatías.

Diagnóstico diferencial: Causas benignas: taponamiento cardíaco; insuficiencia cardíaca congestiva; pericarditis constrictiva, estenosis tricuspídea; bocio endotorácico; sarcoidosis; síndrome de Behcet; mediastinitis fibrosa; síndrome de Cushing; obstrucción linfática; trombosis venosa profunda de extremidad superior; síndrome nefrótico. Causas malignas: metástasis secundarias a cáncer de mama; carcinoma broncogénico de pulmón; linfoma no Hodgkin y más raramente Hodgkin; carcinoma de mama, timoma y tumor de células germinales.

Comentario final: El síndrome de vena cava superior puede deberse tanto a una compresión extrínseca como intrínseca. Clásicamente las causas no malignas por procesos infecciosos eran las más prevalentes, pero hoy día las más frecuentes corresponden a procesos malignos. La triada clínica clásica consiste en edema en esclavina, cianosis y circulación colateral, aunque la disnea representa el síntoma más frecuente. El diagnóstico es clínico por lo que el médico de atención primaria debe sospecharlo en pacientes con la presentación típica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wilson LD, Deterbeck FC, Yahalom J. Superior vena cava syndrome with malignant causes. *N Engl J Med.* 2007;356:1862-9.
2. Wilson LD, Deterbeck FC, Yahalom J, Walker DL, Casciato DA. Complicaciones torácicas. En: Casciato DA, Lowitz BB, editores. *Oncología clínica.* Madrid: Marbán; 2001. p. 553-68.
3. Ostler PJ, Clarke DP, Watkinson AF, Gaze MN. Superior vena cava obstruction: a modern management strategy. *Clin Oncol.* 1997;9:83-9.