



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/775 - Una Neumonía que no era neumonía

S.P. Chu González^a, M.A. Soler Pérez^b, D.A. Ferreras Gascó^c, D.A. Faneytt^d y E.M. Faña Vargas^e

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio del Pilar. Madrid. Zona Norte. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miralbueno. Zaragoza. Zona III. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Centro. Zaragoza. Sector II. Zaragoza. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alaquàs. Valencia. ^eMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuencarral. Zona Norte. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 74 años de edad sin hábitos tóxicos ni alergias medicamentosas conocidas. Antecedentes médicos: hipertensión arterial tratada con enalapril 5 mg, hipercolesterolemia en tratamiento con simvastatina 20 mg y trombosis de la vena cava en tratamiento con Sintrom, último ingreso por neumonía basal derecha con derrame paraneumonico hace 2 meses. Antecedentes familiares: Padre fallecido por ACV, madre con TVP fallecida por colecistectomía, hermano diabético y otra hermana hipertensa. Paciente acude a consulta de atención primaria por dolor de tipo pleurítico derecho que se había intensificado desde la semana previa a la consulta, acompañado de disnea de moderados esfuerzos y fiebre de máxima de 37,8 °C. Refiere dolor residual tras alta. En última radiografía de tórax de control donde se sigue evidenciando aumento de densidad basal derecho. Refería pérdida de 1,5-2 kg desde hacía 1 semana. Se remite a urgencias del hospital de referencia para descartar nuevo cuadro infeccioso.

Exploración y pruebas complementarias: Alerta. Hemodinámicamente estable. Afebril. Buen estado general, con hábito asténico. Eupneica en reposo. Bien nutrida, hidratada y perfundida. Auscultación cardíaca no patológica. Auscultación pulmonar con hipoventilación basal derecha con crepitantes finos bibasales, con resto de la exploración sin hallazgos relevantes. Hemograma: normal. Coagulación: INR 3. Fibrinogéno 1.111. Bioquímica: glucosa 90, proteína C reactiva 282. Gasometría arterial: pO₂ 64,7, PCO₂: 35,4. pH 7,44. Radiografía de tórax con consolidación en LID asociado a derrame pleural.

Juicio clínico: Neumonía basal derecha de evolución tórpida. TEP con infarto pulmonar asociado.

Diagnóstico diferencial: Carcinoma broncogénico, linfoma, angiomiolipoma renal, feocromocitoma, carcinoma renal, carcinoma hepatocelular, carcinoma adrenal o tumor de Wilms.

Comentario final: TAC-Body: trombo conocido en vena cava inferior que se ha extendido cranealmente introduciéndose en la aurícula derecha, alcanzando el plano AV con ligera introducción en VD. Caudalmente extendido a vena renal izquierda. Embolismo pulmonar inferior derecho asociado a infarto distal y probable complicación infecciosa del mismo. PAAF del trombo:

biopsia compatible con leiomiocarcinoma. El leiomiocarcinoma primario de vena cava inferior es un tumor poco frecuente que se origina en las células del músculo liso de la pared vascular. Los sarcomas representan un 1% de todos los tumores malignos, los leiomiocarcinomas constituyen un 6% de los sarcomas y de todos los leiomiocarcinomas solo un 2% son de origen vascular. Su clínica inespecífica hace que el diagnóstico se realice de forma tardía; ello genera gran comorbilidad a pesar de su crecimiento lento. El pilar fundamental es la resección total de la masa tumoral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Colón A, Bernardos L, Calleja J, Reparaz LM, Gimeno M, Martínez D. Leiomiocarcinoma de la vena renal izquierda. *Angiología*. 2004; 56:75-80.
2. Hartman DS, Hayes WS, Choyke PL, Tibbets GP. From the archives of the AFIP. Leiomyosarcoma of the retroperitoneum and inferior vena cava: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics*. 1992;12:1203-20.