



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/51 - DOCTOR, ESTA NO ES MI CARA

A. Lindo Martín^a, M. Márquez González^b, A. Rubio Bernardo^c, B. Gacimartín Valle^d, M. Burgos Merchán^e

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Monte Rozas. Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casa de Campo. Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palacio de Segovia. Madrid. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Segovia. Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ^eMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Segovia. Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 38 años, sin antecedentes personales, reciente deshabituación tabáquica. Acude por segunda vez a su Médico de Atención Primaria por aumento de disnea de 15 días de evolución en contexto de infección respiratoria alta que no cede con tratamiento sintomático. Desde hace 7 días, refiere angioedema matutino y rubefacción facial, ortopnea de 45° sin dolor centrotorácico ni cortejo vegetativo asociado. No sialorrea. No cambios en la voz. No cefalea ni alteraciones en el nivel de conciencia. Niega síntomas B acompañantes.

Exploración y pruebas complementarias: Sat 98% basal, eupneico. Discreta rubefacción. Consciente y orientado en las tres esferas. Normocoloreado y bien perfundido. Pulsos carotídeos simétricos, sin soplos. No ingurgitación yugular. AC: Rítmico sin soplos ni extratonos. AP: MVC. No ruidos patológicos sobreañadidos. Adenopatía cervical de menos 1 cm, móvil y dolorosa a la palpación. Vía aérea permeable no congestivo sin exudados. Rx de tx: ICT normal. No derrame pleural. SCF libres. Engrosamiento hilar derecho. Analítica sanguínea: leucocitos 9.690, hemoglobina 13,8 g/dl, segmentados 55,5%. PCR 4,20 mg/dl, LDH 705 UI/l. TAC tórax: masa en región anterior del LSD con compromiso de la VCS, en relación con neoplasia pulmonar como primera posibilidad. Ecocardiograma: VI no dilatado. No hipertrófico. Contractilidad global y segmentaria normal. Cavidades y válvulas morfológica y funcionalmente normales. No existen datos indirectos en el estudio doppler sugestivos de HTP significativa. No derrame pericárdico. Raíz aórtica normal. Biopsia de masa mediastínica: La biopsia compatible con linfoma B agresivo, de subtipo linfoma B mediastínico primario.

Juicio clínico: Síndrome vena cava superior secundario a linfoma B mediastínico primario.

Diagnóstico diferencial: Fibrosis mediastínica. Teratoma, timoma, linfoma, tiroides y aneurisma sifilítico.

Comentario final: La mayoría de los pacientes con síndrome vena cava superior presentan una masa ocupante de espacio de etiología maligna, más frecuentemente linfoma no Hodgkin. Requiere de un tratamiento de urgencia para evitar complicaciones.

Bibliografía

1. Wilson LD, Detterbeck FC, Yahalom J. Clinical practice. Superior vena cava syndrome with malignant causes. *N Engl J Med.* 2007;356:1862.
2. Schechter MM. The superior vena cava syndrome. *Am J Med Sci.* 1954;227:46.
3. Markman M. Diagnosis and management of superior vena cava syndrome. *Cleve Clin J Med.* 1999;66:59.

Palabras clave: Angioedema. Rubefacción. Disnea.