



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/2974 - ME FALTA EL AIRE CUANDO ME AGACHO

A. Fernández López<sup>a</sup>, J. García García<sup>b</sup>, M. Plasencia Martínez<sup>c</sup>, S. López Zacarez<sup>d</sup>, A. Pérez Díaz<sup>e</sup> y M. Martínez Hernández<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Menor. Cartagena. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Interna. Hospital Santa Lucía. Cartagena. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Cartagena. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Oeste. Murcia. <sup>e</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Este. Murcia. <sup>f</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Algar. Cartagena.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 45 años que acude a consulta de atención primaria refiriendo cefalea opresiva holocraneal de dos días de evolución, asociada a presión facial y cervical. Afirma que la presión facial aumenta al agacharse, acompañándose de disnea. Como antecedentes personales de interés, fue diagnosticada de carcinoma ductal infiltrante de mama izquierda hace 8 años y está actualmente en tratamiento con QT. Realiza moderada actividad física. No factores de riesgo cardiovascular.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 105/67 mmHg. T<sup>a</sup> 36 °C. FC 68 lpm. Adecuada hidratación mucocutánea. Eupneica en reposo. No focalidad neurológica. Auscultación cardiopulmonar: rítmica sin soplos; MVC sin ruidos patológicos. Cabeza y cuello: no adenopatías cervicales, lengua hidratada y sin lesiones, apreciándose circulación colateral y distensión yugular derecha. No edema en MMII. Rx tórax: masa de partes blandas en vértice pulmonar izquierdo. Analítica: sin alteraciones. AngioTAC pulmonar: trombosis parcial de vena yugular interna izquierda.

**Juicio clínico:** Síndrome de vena cava superior.

**Diagnóstico diferencial:** Taponamiento cardíaco. Pericarditis constrictiva. Síndrome Cushing. TVP extremidad superior. Metástasis secundarias a cáncer de mama. Carcinoma broncogénico de pulmón.

**Comentario final:** El médico de atención primaria debe ser capaz de sospechar un síndrome de vena cava superior en pacientes con la presentación clínica típica de edema en esclavina + cianosis + circulación colateral, y saber el manejo conservador de dicha patología. Hay que tener en cuenta que en las consultas de atención primaria se ven muchas patologías banales y frecuentes, pero también actúa de filtro y llegan pacientes con graves y raras patologías.

## Bibliografía

1. Rice TW, Rodríguez RM, Light RW. The superior vena cava syndrome: clinical characteristics

- and evolving etiology. *Medicine (Baltimore)*. 2006;85:37.
2. García Mónaco R, Bertoni H, Pallota G, et al. Use of self-expanding vascular endoprotheses in superior vena cava syndrome. *Eur J Cardiothorac Surg* 2003;24:208.
  3. Yellin A, Rosen A, Reichert N, Lieberman Y. Superior vena cava syndrome. The myth--the facts. *Am Rev Respir Dis*. 1990;141:1114.

**Palabras clave:** Edema. Cianosis. Disnea.