



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/3707 - DOCTOR, ME DUELE EL HOMBRO

A. Mencía Cordero^a, M. de la Hera Romero^b, N. Vivar Hernández^c y C. Bernabeu Cifuentes^d

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Paz. Badajoz. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Paz. Badajoz. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz. ^dMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Paz. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 67 años que presenta dolor en hombro derecho y disnea progresiva de moderados esfuerzos. No dolor torácico. No clínica de insuficiencia cardíaca ni infecciosa. Con antecedentes personales de hepatopatía alcohólica y carcinoma epidermoide de pabellón auricular con metástasis cervicales tratado con cirugía y radioterapia con posterior infiltración de la piel, tratado con cirugía.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, eupneico en reposo. Hemodinámicamente estable. Rubicundez facial. Circulación colateral en cara antero-superior del tórax. Se palpa conglomerado adenopático a nivel supraclavicular derecho, así como en región axilar ipsilateral y edema de miembro superior derecho. Radiografía de tórax: ensanchamiento mediastínico. TAC tórax: adenopatías en todos los compartimentos mediastínicos e hilios. Vena cava superior comprimida. A nivel de parénquima pulmonar no se observan nódulos ni condensaciones intraparenquimatosas. En cuello imagen compatible con conglomerado adenopático supraclavicular derecho. TAC abdomino pélvico: múltiples adenopatías en hilio hepático y retroperitoneales. Adenopatía cervical derecha: ganglio linfático con infiltración por carcinoma epidermoide. Estudio inmunohistoquímico origen pulmonar negativo.

Orientación diagnóstica: Síndrome de vena cava superior por ganglio linfático con infiltración por carcinoma epidermoide de origen cutáneo.

Diagnóstico diferencial: Adenopatías supraclaviculares de causa infecciosa (tuberculosis) o tumorales (metástasis de tumores de pulmón, gastrointestinales, mama, tiroides, y síndromes linfoproliferativos).

Comentario final: El síndrome de vena cava superior se produce por obstrucción al flujo de salida de la vena cava superior por compresión externa por una masa tumoral en el 95% de los casos. El diagnóstico es clínico e incluye edema y cianosis de cara y cuello, disnea, taquipnea, edema de extremidades superiores, distensión de las venas del cuello e incluso circulación colateral a nivel de tronco. La urgencia oncológica se trató con corticoterapia y radioterapia. Aunque no es un diagnóstico frecuente, el haber hallado signos clínicos compatibles con el mismo ha permitido un diagnóstico y tratamiento precoces, aumentando por tanto la supervivencia del paciente. Por tanto

destaco la importancia de la correcta anamnesis y exploración física en Atención Primaria y la valoración integral del paciente.

Bibliografía

1. Pinto Marín M, González Barón M. Síndrome de vena cava superior. Medicina Clínica. 2009;132(5):195-9.
2. Rodríguez García JL. Green book DTM: diagnóstico, tratamiento médico. Marbán; 2009.

Palabras clave: Adenopatía. Vena. Cava.