



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 424/584 - DOCTOR, ME DUELE MUCHO EL PECHO Y ESTOY MUY NERVIOSO

P. Lozano Díaz<sup>1</sup>, M. Palos Campos<sup>2</sup>, M. Rodríguez Padial<sup>2</sup> y M. Rodríguez Carrillo<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Espartinas. Sevilla. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bormujos. Sevilla. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castilleja de la Cuesta. Sevilla.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente varón de 32 años que acude a su médico de familia por dolor tórax cara anterior punzante de 2 días de evolución que aumenta con los movimientos respiratorios, a la palpación y elevación del miembro superior izquierdo. Se acompaña de sudoración nocturna. Afebril. Actualmente está más nervioso por problemas del trabajo, disminución apetito y pérdida de peso de 5 kilos en últimos meses. Antecedentes personales sin interés.

**Exploración y pruebas complementarias:** Tensión arterial 110/61 mmHg, saturación de oxígeno 99%. Buen estado general, normocoloreado, bien hidratado. Corazón rítmico sin soplos ni rones. Buen murmullo vesicular bilateral sin ruidos respiratorios. Abdomen anodino. Dolor a la palpación esternal. Palpación de 1 adenopatía axilar izquierda < 0,5 cm, rodadera. Electrocardiograma Ritmo sinusal a 81 lpm, eje normal, sin alteraciones de la repolarización. Hemograma: Hb 125 g/L, leucocitos 12.400/mm<sup>3</sup>, neutrófilos 68,70%, linfocitos 18,5%, plaquetas 352.000/mm<sup>3</sup>. Bioquímica: glucosa 83 mg/dL, creatinina 0,77 mg/dL, FG 117 mL/min. Iones normales. PCR 42,4 mg/L. Troponina I < 0,015 ng/mL. GSV sin hallazgos. Radiología simple de tórax: índice cardiorácico < 0,5, ensanchamiento de mediastino, sin imagen clara de condensación ni derrames. TAC tórax: masa voluminosa mediastínica sugestiva de proceso linfoproliferativo PET: conglomerado adenopático hipermetabólico supradiaphragmático y adenopatías infradiaphragmáticas sugestivas de Biopsia de ganglio linfático compatible con linfoma de Hodgkin clásico de celularidad mixta.

**Orientación diagnóstica:** Linfoma de Hodgkin clásico (LHC) estadio IIIB.

**Diagnóstico diferencial:** Síndrome linfoproliferativo. Dolor torácico atípico. Infección vírica (gripe, mononucleosis infecciosa), VIH.

**Comentario final:** LHC constituye el 95% de todos los LH, es el más frecuente en adultos jóvenes de 15-33 años. Etiología desconocida. En la primera etapa de la enfermedad, la mayoría son asintomáticos y el signo más común es la aparición de un ganglio linfático aumentado de tamaño. Sólo el 25-30% de los casos, presenta los síntomas B (pérdida de peso > 10%, fiebre vespertina y sudoración nocturna). En Rx tórax se observa ensanchamiento mediastino y el diagnóstico debe realizarse mediante biopsia de un ganglio linfático sospechoso. El tratamiento se basa en poliquimioterapia, de primera línea: adriamicina, bleomicina, vinblastina y dacarbacina ABVD con/sin radioterapia. Pronóstico depende de: histológico, extensión y respuesta al tratamiento.

## **Bibliografía**

1. Guía de práctica clínica. Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia.

**Palabras clave:** Adenopatía. Sudoración. Pérdida peso.