Semergen. 2017;43(Espec Congr 4):376

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

262/423 - EDEMA EN ESCLAVINA, A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Rodrigo González[a], C. de Manueles Astudillo[b], A. Pérez Santamaría[b], E. de Dios Rodríguez[c], N. Diego Mangas[d] y C. Montero Sánchez[e]

[a]Médico Residente. Centro de Salud Casto Prieto. Salamanca. [b]Médico Residente. Centro de Salud San Juan. Salamanca. [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miguel Armijo Moreno. Salamanca. [d]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Salamanca. [e]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Garrido Sur. Salamanca.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 61 años con antecedentes de DM-II, dislipemia, HTA y FA con CVE en 2012 actualmente anticoagulada. En tratamiento con valsartán/HCTZ 160/12,5 mg; atenolol 50 mg; metformina/sitagliptina 50/1000, Apocard 100 mg; atorvastatina 40 mg; omeprazol 20 mg y Sintrom. Exfumadora desde hace 7 meses (IPA 15 cig/año). Acude por cuadro de tos seca de 2 semanas de evolución, con el ejercicio, acompañado de dolor centro torácico irradiado a cuello y palpitaciones que cede con el reposo. No ortopnea ni DPN. Afebril. Tras exploración y constantes normales, se pauta tratamiento sintomático y solicitamos Rx tórax. Dos semanas después aporta estudio de cardiología normal (previsto para control por su FA); aqueja más disnea, ortopnea, odinofagia, dolor e inflamación cervical acompañado de astenia intensa. No se ha realizado la Radiografía de Tórax.

Exploración y pruebas complementarias: TA 95/56 mmHg. FC 88 lpm. Tª 35,7 ºC. SatO2 basal 92%. Regular estado general. Taquipneica en reposo. No tolera decúbito. Colabora. CyC: faringe hiperémica; discreto edema sin fóvea laterocervical derecha y extremidad superior derecha. Tórax: AC RsCsRs sin soplos. AP: MV disminuido en hemitórax derecho. Abdomen y EEII sin hallazgos patológicos. ECG: RS a 75 lpm; AQRS 30º; sin alteraciones en la repolarización. Se deriva a urgencias para valoración.

Juicio clínico: Angor de esfuerzo. Edema en esclavina.

Diagnóstico diferencial: Infección respiratoria; neoplasias pulmonares. IAM.

Comentario final: En urgencias se objetiva en Rx tórax: signo de la “S de Golden”; masa pulmonar con atelectasia en LSD. La paciente ingresa con diagnóstico de insuficiencia respiratoria y síndrome de vena cava superior (SVCS) secundario a neoplasia pulmonar. El SVCS es una emergencia real que precisa la instauración de tratamiento inmediato; es un conjunto de signos y síntomas provocados por la obstrucción (intrínseca o extrínseca) de la vena cava superior. El 75% de las causas malignas será debido al cáncer de pulmón (muy a tener en cuenta en el caso de nuestra paciente, exfumadora). Su triada clásica es edema en esclavina, cianosis facial y circulación colateral. El tratamiento se realiza a base de corticoterapia y terapia adyuvante, que en el caso de esta paciente

fue radioterapia con buena respuesta, siendo dada de alta días posteriores a la espera de estudio completo.

Bibliografía

1. Sabino A, Pérez B, Ruiz M. Protocolo diagnóstico de la sospecha de síndrome de la vena cava superior. Medicine. 2005;9(24):1579-81.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.