

Varón de 80 años con aumento de perímetro de cuello

Susana Vázquez Hermida¹, José Telmo Pera Grasa², Cristina Covadonga Robles Sánchez³

¹Médica residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Meixoeiro.

²Investigador de tercer ciclo de la Universidad de Vigo.

³Médica residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Sardoma.

Cad Aten Primaria
Ano 2013
Volume 19
Páx. 270-270

INTRODUCCIÓN

Paciente varón de 80 años ex fumador, con antecedentes de HTA, DM tipo 2, dislipemia, IRC y portador de marcapasos cardíaco que acude por edema en cuello de una semana de evolución. El paciente cuenta historia de dificultad respiratoria al acostarse y odinofagia, sin otra clínica de interés. Fue tratado en primera instancia por su médico de familia con Amoxicilina-Clavulámico sin mejoría aparente, solicitándole cita para Otorrinolaringología.

En la exploración se aprecia edema de cuello ánterolateral con ingurgitación yugular. En la auscultación pulmonar destacan roncus dispersos.

PREGUNTAS

¿CUAL ES LA SOSPECHA DIAGNÓSTICA?

- 1) Infecciones locales
- 2) Enfermedades que cursan con hipovolemia o hipoproteinemia: insuficiencia cardíaca congestiva, insuficiencia renal, disfunción hepática...
- 3) Patología tiroidea
- 4) Angioedema
- 5) Síndrome de vena Cava superior

¿QUÉ PRUEBA SOLICITARÍA EN PRIMERA INSTANCIA?

- 1) Radiografía de tórax
- 2) Análítica con perfil tiroideo
- 3) Ecografía de partes blandas de cuello

Correspondencia

Susana Vázquez Hermida
C/ Manuel González Nº 69-A
36370 A Ramallosa (Nigrán)
Correo electrónico: Susana.Vazquez.Hermida@sergas.es



FIGURA 1



FIGURA 2



FIGURA 2

RESPUESTA AL CASO CLÍNICO VARÓN DE 80 AÑOS CON AUMENTO DE PERÍMETRO DE CUELLO

RESOLUCIÓN DE CASO CLINICO

En primera instancia se solicita analítica de rutina con hemograma, bioquímica y coagulación sin objetivarse alteración alguna. Posteriormente se solicita ECO de partes blandas en donde se eviencian nódulo en LI tiroideo y adenopatías cervicales así como vasos prominentes sugestivos de circulación colateral.

Tras el resultado de la ecografía se deriva a radiología para solicitar TAC cervical apreciándose masa en mediastino superior y paratraqueal derecha, indicándose realización de radiografía de tórax (imagen 3)

EXPLICACIÓN DEL CASO

En la imagen 1 y 2 se aprecia un aumento del perímetro del cuello que nos podría llevar a pensar en varios diagnósticos diferenciales de los anteriormente mencionados, sin embargo en la imagen 2 se aprecia una clara ingurgitación yugular que nos orienta hacia un Síndrome de vena Cava.

En este caso la prueba inicial de elección sería una radiografía simple de tórax, en donde se aprecia claramente una masa en mediastino superior.

Se trataría pues de un SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR en probable relación con Carcinoma de pulmón.

SÍNDROME DE VENA CAVA

Se denomina así al conjunto de síntomas que se producen como consecuencia de una obstrucción al flujo sanguíneo de la vena cava superior, que dificulta el retorno venoso de la cabeza y el cuello.

La patología neoplásica es la causante en el 80% de los casos, generalmente por carcinomas microcíticos de pulmón y linfomas.

CLÍNICA

- Sensación de tirantez en cuello (signo de Stokes)
- Disnea que empeora con el decúbito

- Edema y sensación de plenitud faciales e hinchazón de miembros superiores (edema en esclavina)
- Si se comprimen estructuras vecinas: tos, **disfagia**, disfonía, dolor torácico...

EXPLORACIÓN FÍSICA

- Edema y plétora faciales
- Edema de miembros superiores
- Taquipnea y cianosis
- En estadios muy evolucionados circulación colateral con **ingurgitación venosa del cuello**

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Analítica: hemograma, bioquímica y coagulación
- Radiografía de tórax: puede observarse **ensanchamiento o masa en mediastino antero-superior**; derrame pleural, masa hilar derecha...
- TAC torácico

CRITERIOS DE INGRESO

- Todos los pacientes deben ser derivados a hospital e ingresar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Caballero Perea M, Lozano Martín E, Sánchez-Muñoz A, Sánchez Saugar E. Urgencias oncológicas. Blanco-Echevarría A, Cea-Calvo L, García-Gil M, Menassa A, Moreno-Cuerda V, Muñoz-Delgado G et al. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. 5ª ed. Madrid: MSD; 2003. p.858-61.
2. Gucalp R, Dutcher J. Urgencias oncológicas. Kasper D, Fauci A, Longo D, Braunwald E, Hauser S, Jameson L. Principios de medicina interna. 16ª ed. México: Mc Graw Hill; 2008. p.646-55.
3. Ostler PJ, Clarke DP, Watkinson AF, Gaze MN. Superior vena cava obstruction: a modern management strategy. Review. Clin Oncol (R Coll Radiol) 1997; 9: 83-89.
4. Domínguez MA. Obstrucción maligna del la vena cava superior. An Sist Sanit Navar 2004 Vol 27, Suplemento 3: 99-107.

RESPUESTA AL CASO CLÍNICO "ALTERACIÓN UNGUEAL"

DIAGNÓSTICO

Onicomadesis

DISCUSIÓN

La onicolísis se debe a una alteración en el lecho ungueal consistente en un despegamiento de la lámina ungueal distal que adquiere una coloración blanquecina. Las causas más frecuentes son los microtraumatismos, la psoriasis y las oncomicosis.