



PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO

Hospital de Manacor Servicio de Urgencias

Dra. Belén Sánchez
R1, MFyC, urg H Manacor
25-Nov-2016

Triage IV: Odinofagia, tos y fiebre

- Mujer de 30 años acude a urgencias por dolor odinofaríngeo y fiebre de larga evolución.



Antecedentes personales

- Natural de Menorca
- Antecedentes personales:
 - No alergias medicamentosas conocidas.
 - No hábitos tóxicos.
 - No antecedentes de HTA, DM, ni dislipemia.
 - No cardiopatía conocida.
 - Antecedentes de neumonía.
 - No ingresos hospitalarios ni intervenciones quirúrgicas
 - Tratamiento farmacológico en la actualidad: ácido fólico.
- Antecedentes familiares:
 - Linfoma, bocio y cáncer de tiroides.

Enfermedad actual

- Motivo de consulta:
 - Acude a consulta de urgencias por sensación de ocupación de espacio a nivel torácico (tratada como traqueolitis sin mejoría). Manifiesta persistencia de la clínica y aparición de tos irritativa, disnea al decúbito y fiebre.
- Exploración física:
 - TA: 129/94 mmHg, TC: 37.4°, FR: 20 rpm, SatO2: 97%.
 - Buen aspecto general. Voz bitonal.
 - Cardiocirculatorio: sin alteraciones.
 - Respiratorio: MVC con roncus difusos sin sibilancias y espiración alargada.
 - Abdomen: sin alteraciones.
 - Neurológico: consciente y orientada.
 - Cara y cuello: no se palpan adenopatias

Exploraciones complementarias

- PEAK FLOW inicial → **150.**
- Analítica.
- Radiografía de tórax



Paracetamol 1g via oral
Atrovent inhalado

Analítica

HEMATOLOGIA

HEMATIMETRIA

HEMOGRAMA

| | | |
|-------------------------------------|----------------------------|----------------|
| HEMATIES | 4,61 x10 ⁶ /µL | 4,10 - 5,20 |
| HEMOGLOBINA | 12,9 g/dL | 12,0 - 15,5 |
| HEMATOCRIT | 37,0 % | 37,0 - 47,0 |
| VOLUM CORPUSCULAR MITJA | 80,2 fL | 80,00 - 95,00 |
| Hb CORPUSCULAR MITJANA | 25,0 pg | *27,00 - 31,00 |
| CONCENTRACIÓ Hb CORPUSCULAR MITJANA | 33,4 g/dL | 33,0 - 36,0 |
| RDW | 12,1 % | 12,0 - 16,0 |
| LEUCOCITS | 12,20 x10 ³ /µL | *1,60 - 9,00 |
| NEUTRÒFELS | 80,0 % | *55,0 - 75,0 |
| NEUTRÒFELS ABSOLUTS | 9,74 x10 ³ /µL | *2,20 - 9,20 |
| LINFÒCITS | 10,7 % | *25,0 - 41,0 |
| LINFÒCITS ABSOLUTS | 1,30 x10 ³ /µL | 1,00 - 4,50 |
| MONÒCITS | 8,0 % | *2,0 - 8,0 |
| MONÒCITS ABSOLUTS | 0,96 x10 ³ /µL | *0,20 - 0,80 |
| EOSINÒFELS | 0,9 % | *1,0 - 4,5 |
| EOSINÒFELS ABSOLUTS | 0,12 x10 ³ /µL | 0,05 - 0,50 |
| BASÒFELS | 0,4 % | 0,2 - 1,2 |
| BASÒFELS ABSOLUTS | 0,04 x10 ³ /µL | 0,01 - 0,15 |
| PLAQUETES | 454 x10 ³ /µL | *150 - 350 |
| PLAQUETOCRIT | 0,307 % | 0,12 - 0,36 |
| PDW | 17,2 fL | 13,0 - 20,0 |

COAGULACIÓ

| | | |
|----------------------------|--------|--------------|
| TEMPS PROTROMBINA (%) | 79 % | *85 - 125 |
| TEMPS PROTROMBINA (SEGONS) | 12,9 s | |
| INR | 1,18 | *0,85 - 1,15 |

BIOQUÍMICA

BIOQUÍMICA EN SANG

| | | |
|---------------------|------------|-------------|
| GLUCOSA | 120 ng/dL | *70 - 110 |
| CREATININA | 0,73 mg/dL | 0,60 - 1,10 |
| UREA | 22 mg/dL | 13 - 43 |
| NaCl | 137 mmol/L | 136 - 145 |
| POTASSI | 4,1 mmol/L | 3,5 - 5,1 |
| CaCl ₂ | 9,3 mg/dL | 6,4 - 10,2 |
| CK | 55 U/L | 34 - 145 |
| LDH | 571 U/L | *< 350 |
| ALT/ GPT | 41 U/L | *< 34 |
| AST/ GOT | 23 U/L | < 31 |
| GGT | 31 U/L | 9 - 36 |
| PROTEINES TOTALES | 8,3 g/dL | 6,4 - 8,3 |
| PROTEINA C REACTIVA | 5,53 mg/dL | *< 0,5 |

BIOQUÍMICA

PROTEINES

PROTEINOGRAMA

| | | |
|----------------------------|-----------------------------|--------------|
| ALBUMINA % | 49,6 % | *55,9 - 66,1 |
| ALBUMINA | 4,12 g/dL | 4,02 - 4,76 |
| ALFA 1 GLOBULINA % | 5,4 % | *2,9 - 4,9 |
| ALFA 1 GLOBULINA | 0,45 g/dL | *0,21 - 0,35 |
| ALFA 2 GLOBULINA % | 13,5 % | *7,1 - 11,6 |
| ALFA 2 GLOBULINA | 1,12 g/dL | *0,51 - 0,85 |
| BETAGLOBULINA % | 12,4 % | 8,4 - 13,1 |
| BETAGLOBULINA | 1,03 g/dL | *0,60 - 0,94 |
| GAMMAGLOBULINA % | 19,1 % | *11,1 - 18,8 |
| GAMMAGLOBULINA | 1,59 g/dL | *0,80 - 1,35 |
| QUOCIENT ALBUMINA/GLCULINA | 0,98 | *0,99 - 1,81 |
| COMENTARI PROTEINOGRAMA | Patró electroforètic normal | |

HORMONES I MARCADORS TUMORALS

HORMONES

| | | |
|--|-------------|---------------|
| TSH | 1,148 µU/mL | 0,350 - 4,940 |
| ATENCIÓ: Nous valors de referència a partir del 25/01/2016 | | |
| TIROXINA LLIURE (T4I) | 1,36 ng/dL | 0,70 - 1,48 |

IMMUNOLOGIA

IMMUNOQUÍMICA

| | | |
|------------------------------|-------------|--------------|
| IMMUNOGLOBULINA G | 1,697 mg/dL | *700 - 1.600 |
| IMMUNOGLOBULINA A | 349 mg/dL | 70 - 400 |
| IMMUNOGLOBULINA M | 151 mg/dL | 40 - 230 |
| BETA-2-MICROGLOBULINA SÉRICA | 1,490 µg/L | 600 - 2.500 |
| 800 - 2500 | | |

SEROLOGIA / CÀRREGA VIRAL

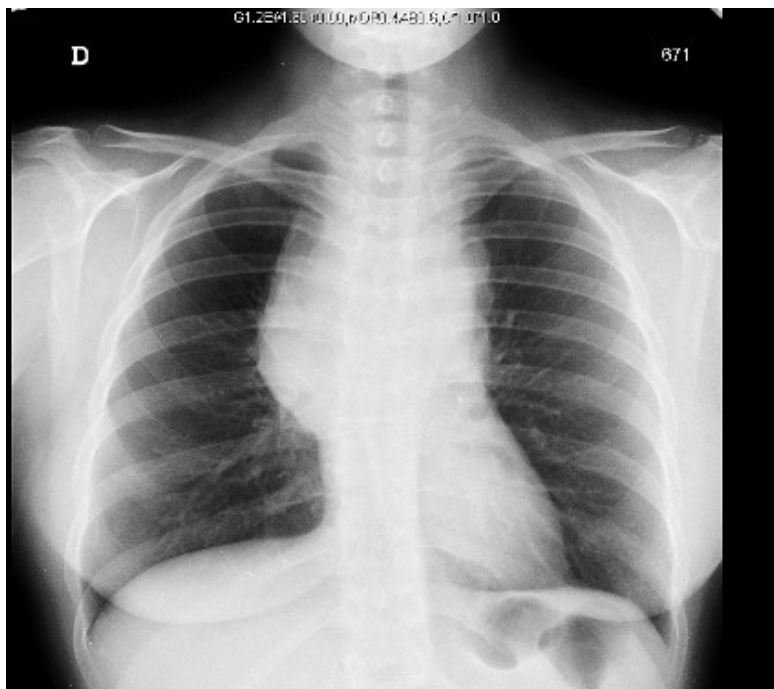
SEROLOGIA INFECCIOSA

VIR-1/VIR-2, AC+AG (DUO) (CLLà) Negatiu



HOSPITAL MANACOR

Radiografía



Evolución clínica

- Tras nebulización de atrovent, persiste tos, voz bitonal y sensación de ocupación de espacio.

1. Ingreso.

- Constataes por turno.
- Dieta normosódica.
- Suero fisiológico 1500cc/24h.
- Hemocultivos sí Tc: $>37'5^{\circ}$.
- Paracetamol 1g sí fiebre o molestias.
- Urbasón 40 mg ev cada 12h.
- Omeprazol 20 mg cada 24h.
- Lorazepam 1mg al dormir.

2. Solicitamos estudio mediante TAC.

Evolución clínica

Informe radiológico: TC CERVICAL Y TORACICO C/C

Se realiza estudio cervical, torácico y de abdomen superior hasta bifurcación aortoiliaca tras la admon de contraste iv.

Adenopatías supraclaviculares bilaterales, la mayor es derecha de 19 mm.

Gran masa tumoral de aspecto heterogéneo, hipodensa, mixta de predominio sólido y áreas quísticas centrales, que ocupa la práctica totalidad del mediastino anterior desde opérculo de vicotorácico por debajo del tiroides hasta el borde cardíaco anterosuperior a la altura de planos valvulares, contacta ampliamente con la tráquea, con aorta ascendente, cayado aórtico y salida de troncos supraórticos, así como con vena cava superior a la cual comprime, con tronco de la pulmonar y arteria pulmonar principal derecha. Tiene diámetros aproximados de 8 x 10 cm en plano axial, con medida craneocaudal máxima de 15 cm. a valorar linfoma como primera posibilidad.

Derrame pericárdico leve.

Dudosa trombosis de tronco venoso braquiocefálico y subclavia izquierdos. Circulación colateral venosa en MSD.

No lesiones pulmonares de interés.

Sin evidencia de alteraciones óseas.

Conclusión: adenopatías supraclaviculares y gran masa tumoral que ocupa la práctica totalidad de mediastino anterior, compatible con información clínica remitida de linfoma. Derrame pericárdico leve. Dudosa trombosis venosa braquiocefálica izquierda, valorar clínicamente y mediante ecografía doppler de MSD si lo estimáis oportuno.



RECORDAR LA ANATOMIA DE MEDIASTINO

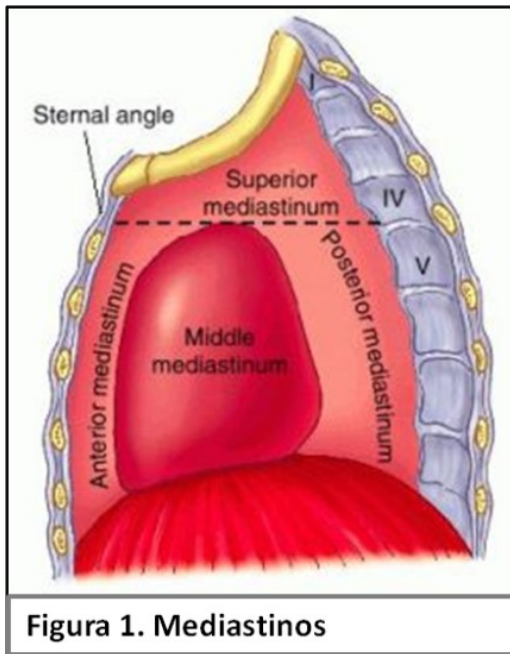


Figura 1. Mediastinos

MASAS EN MEDIASTINO

Mediastino Anterior

Masas en el Mediastino Anterior

| | |
|----------------------------------|---|
| Masas tiroideas | <ul style="list-style-type: none">• Bocio• Carcinoma |
| Linfoma | <ul style="list-style-type: none">• Hodgkin• No Hodgkin |
| Tumores de células germinales | <ul style="list-style-type: none">• Teratoma• Tumor maligno de células germinales |
| Masas tímicas | <ul style="list-style-type: none">• Timoma• Hiperplasia de timo |
| Masas en el ángulo cardiofrénico | <ul style="list-style-type: none">• Tejido adiposo pericárdico• Quistes pericárdicos• Hernias de Morgagni |

Evolución clínica

- US Doppler urgente de sistema venoso cervico-braquial izquierdo
 - Trombosis venosa oclusiva de la vena subclavia izquierda.
 - Vena yugular izquierda flujo enlentecido y luz con material ecogénico móvil (estado pretrombótico)
- Se inicia tratamiento con hibor
- Traslado a HUSE estudio de masa mediastínica como juicio clínico primera posibilidad.

Evolución clínica

En HUSE:

- Mediastinoscopia con tomas de biopsia transtorácica de masa a estudio anatomopatológico con diagnóstico de **linfoma de células grandes B mediastinico.**
- Estadido IVA. IPI3.
- Se inició terapia con DA-EPOCH-R.

Conclusiones

- Linfoma de células grandes B, se origina en los linfocitos B del timo.
- Constituye 2-4% de los LNH.
- Predomina en adultos jóvenes. (+femenino)
- Presentación más frecuente, masa de gran tamaño en mediastino anterior, que puede invadir estructuras adyacentes.
- Clínica: tos, disnea, opresión precordial y puede presentar síndrome de vena cava superior.
- Diagnóstico de confirmación AP: Células linfoides grandes con o sin esclerosis
- Tratamiento:
 - 1 Línea:
 - R-CHOP-21 (rituximab, ciclofosfamida, adriablastina , prednisona).
 - R- DAEPOCH (rituximab, etóposido, cliclofosfamida, adriablastina , prednisona).
 - Recaídas o refractarios:
 - ESHAP +/- R: (Etopósido, solumedrol, mega Ara-C, platino +/- rituximab).
 - DHAP +/- R: (Dexametasona, mega Ara-C, pla

GRACIES

