

5. Ríos Zambudio A, Conesa Bernal C, Munuera Orenes C, Pascual Lledó FJ, Fajardo Motos D. Campaña informativa sobre la donación y trasplante de órganos en escolares. Aten Primaria 1998;21:623-6.
6. Ríos A, Conesa C, Munuera C, Fajardo D. Aplicación inicial de una campaña informativa sobre donación y trasplante de órganos en niños de zonas rurales. Rev Esp Pediatr 1998;54:414-7.

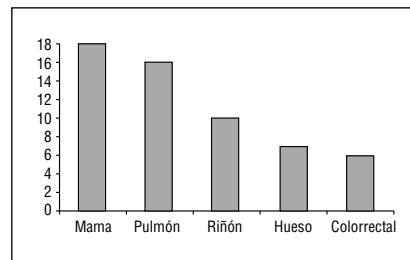


Figura 1. Tumores que más frecuentemente metastatizan en la cavidad oral (expresada en porcentaje sobre el total de tumores metastásicos).

Metástasis a distancia de adenocarcinoma de esófago. Presentación de un caso clínico

Introducción. Los tumores metastásicos en la cavidad oral son poco frecuentes, y representan alrededor del 1% de todos los tumores malignos que asientan en esa cavidad. La región molar y retromolar mandibular es la zona donde con más frecuencia asientan las metástasis¹. Las partes blandas intraorales se ven afectadas en menor proporción, y la encía adherida es la que se ve afectada con más frecuencia. El 70% de las metástasis orales se manifiesta después de presentarse el tumor primario². Los tumores que más frecuentemente metastatizan en la cavidad oral son los primitivos de mama, pulmón y riñón (fig. 1). En cuanto a la clínica, las metástasis orales pueden presentarse de forma asintomáticas o manifestarse como tumor, dolor, úlcera, parestesias, hemorragia, periodontitis, trismo, fractura patológica³. En el estudio radiológico se aprecia con mayor frecuencia una lesión osteolítica radiolúcida con márgenes mal definidos⁴, y en un 5% de los casos no habrá cambios radiológicos evidentes⁵.

Caso clínico. Varón de 63 años de edad con antecedentes personales de adenocarcinoma de tercio distal de esófago, intervenido hacia 4 meses (no refiere otras afeciones de interés) que acude a la consulta de atención primaria por presentar una lesión ulcerosa en la cavidad oral de un mes de evolución. A la exploración de la cavi-

dad se apreciaba una lesión ulcerada sobre el molar superior izquierdo, con fondo blanquecino y bordes eritematosos mal definidos, de unos 2 cm de diámetro mayor. El resto de la exploración general fue irrelevante. Se inició un tratamiento empírico con antibioterapia y enjuagues con agua de sal. Se revisó a la semana, observándose que la lesión había crecido y presentaba incluso un abombamiento en el fondo vestibular superior izquierdo y en el paladar duro. Se derivó a cirugía maxilofacial para diagnosticar la lesión e iniciar el tratamiento. La lesión intraoral fue biopsiada, y el estudio anatomo-patológico informó de una metástasis de adenocarcinoma de esófago. En el estudio radiológico simple se evidenció una imagen de osteólisis en el hueso maxilar superior izquierdo y la ocupación del seno maxilar izquierdo. La exploración cervical para valorar el estado de las cadenas ganglionares fue negativa. La tomografía computarizada (TC) orofacial mostraba una invasión local. Se realizó un estudio de la extensión de la metástasis mediante gammagrafía ósea, que demostró la existencia de lesiones óseas sugerentes de malignidad sobre el maxilar superior izquierdo, la pelvis derecha, la séptima vértebra dorsal y la parrilla costal derecha. La lesión oral fue creciendo en un corto período y el paciente falleció tras una hemorragia masiva de la cavidad oral.

Discusión y conclusiones. El adenocarcinoma primario de esófago es un tumor relativamente infrecuente en nuestro medio (es más frecuente en China y Japón). La aparición de una lesión metastásica en la cavidad oral es, en general, un signo de mal pronóstico, pues evidencia una enfermedad neoplásica diseminada e indica una evolución fatal. El tiempo que transcurre entre la aparición de la metástasis oral y la muerte

no suele superar unos pocos meses². El tratamiento de las metástasis orales suele ser paliativo. La cirugía se suele llevar a cabo cuando existe un control del tumor primario y no se evidencia más metástasis⁶. En los casos en que la metástasis oral es la única presente, el tratamiento quirúrgico adecuado puede mejorar discretamente el pronóstico.

C.A. Ramos Herrera^a
y J. Sánchez Jiménez^b

^aMédico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Sanitario Zona Norte de Córdoba. España. ^bMédico Adjunto. Servicio de Cirugía Maxilofacial. Hospital Reina Sofía. Córdoba. España.

1. Shankar S. Dental pulp metastasis and pan-osseous mandibular involvement with mammary adenocarcinoma. 1984;22: 455-9.
2. Hirshberg A, Leibovich P, Buchner A. Metastatic tumors to the jaws: analysis of 390 cases. J Oral Pathol Med 1994;23: 337-41.
3. Hartman GL, Robertson WE, et al. Metastatic carcinoma of the mandibular condyle: report a case. J Oral Surg 1973; 31:716-20.
4. Bucin E, Andreasson L, Björlin G. Metastases in the oral cavity. Case Reports. Int J Oral Surg 1982;11:321-5.
5. Summerlin DJ, Tomich CE, Abdelsayed R. Metastatic disease to the jaws. American Academy of Oral Pathology Annual Meeting. Santa Fe, New Mexico, 13-18 de mayo de 1994.
6. Van der Kwast. Jaw metastases. Oral Surg 1974;37:850-4.

Dolor de cuello y hombro en un varón joven

Introducción. El dolor en la región cervical es uno de los motivos que frecuentemente llevan a los pacientes jóvenes a la consulta del médico de familia. En la mayoría de las ocasiones es de características mecánicas por un mal hábito postural o debido a traumatismos ocasionados por las actividades lúdicas o deportivas que se suelen practicar en estas edades y, generalmente, es el propio paciente quien atribuye el origen de sus mo-

Palabras clave: Cavidad oral. Huesos maxilares. Metástasis. Adenocarcinoma de esófago.