Semergen. 2015;41 (Espec Congr):2183

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/1555 - Esto no para de crecer

A. Colmeiro Corral[a], A. Losada Zapatero[b], T. Martín González[c], O. Rego Ojea[d], B. Capeáns González[e], P. Taboada Santomil[b] y M.L. Abalde Castro[f]

[a]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fontiñas. Santiago de Compostela. [b]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Concepción Arenal. Santiago de Compostela. [c]Médico Residente de 3er año. Centro de Salud de Vite. Santiago de Compostela. [d]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Vite y CHUS. Santiago de Compostela. [e]Médico Residente de 3er año. Centro de Salud Arzúa. Arzúa. [f]Médico Residente 3er año. Centro de Salud de Teis. Vigo.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 67 años con AP de cólicos biliares de repetición. Cirugías: apendicectomía, fractura femoral, cirugía meniscal. No tratamientos en el momento actual. No tiene animales. No ha realizado viajes recientemente. No relaciones sexuales de riesgo. Acude a consulta por bultoma cervical de 3 semanas de evolución que ha aumentado de tamaño progresivamente (al inicio lo notó al afeitarse como un pequeño bulto de 1 cm, ahora de aprox 3-4 cm). No ha notado otros bultomas. No astenia ni pérdida ponderal. No sudoración nocturna. No fiebre. Inicialmente recibió tratamiento con Augmentine y diclofenaco durante 1 semana sin respuesta.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: consciente, orientado, colaborador. Buen estado general. Bien hidratado y perfundido. Cuello: bultoma de unos 3 × 4cm en región lateral derecha, de consistencia dura, doloroso a la palpación, poco móvil. Pequeña adenopatía de 1 cm submandibular derecha. No adenopatías en axilas, ingles ni supraclaviculares. Cavidad bucofaríngea: piezas dentarias en mal estado, ninguna dolorosa a la percusión. Sin lesiones sospechosas. Otoscopia bilateral normal. No lesiones dérmicas sospechosas en cara, cuero cabelludo, cuello o tronco. ACP: rítmico, sin soplos. MVC en ambos campos. ABD: blando, depresible, no doloroso a la palpación. No masas ni megalias. RHA normales. Cicatriz en FID (apendicectomía).

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Pruebas complementarias: analítica de sangre: normal (hemograma, bioquímica, CEA y PSA). Nasofribroscopia: cavum libre, impresion lesión excrecente en banda ventricular derecha. TAC toraco-abdominal: adenopatía necrótica con mala definición de sus bordes con sospecha de rotura capsular a nivel IIA derecho de casi 40 mm. Existe una adenopatía adyacente de pequeño tamaño pero que conserva su forma ovalada. La lesión primitiva vista claramente en la nasofibrobroncoscopia la vemos con dificultad aunque existe captación concéntrica de la base epiglótica sin afectación de la grasa paraglótica ni glótica. Sí existe irregularidad a nivel de la región amigdalar derecha con dos lesiones hipodensas en su interior (quistes de retención/lesión submucosa). Anatomía Patológica: muestra de escaso tamaño con infiltración por carcinoma epidermoide.

Juicio clínico: Carcinoma de supraglotis con metástasis homolateral. T1N2aM0. Estadio IVa.

Diagnóstico diferencial: Patología inflamatoria e infecciosa (adenopatías inflamatorias, inflamación/infección de glándulas salivales, abscesos), hematomas, pseudoaneurismas, fibromas, lipomas.

Comentario final: Ante un caso de una tumoración cervical es importante identificar los factores de mal pronóstico: tamaño grande, movilidad disminuida, consistencia dura, úlcera/lesión indurada en cavidad oral, parálisis facial, otalgia con otoscopia normal, obstrucción nasal unilateral, rápido crecimiento. En nuestro caso existen varios factores por lo que está indicado derivación preferente a ORL, en el caso de nuestra área a la vía rápida de cabeza y cuello. Se comenta el caso en el comité de tumores y se decide tratamiento quirúrgico: Vaciamiento ganglionar cervical radical derecho y selectivo lateral izquierdo y laringectomía horizontal supraglótica intraoral con láser carbóico y traqueotomía provisional y RT o QRT adyuvante postoperatoria.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.