



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

242/2218 - UN DEBUT POCO COMÚN

M. Molina Gracia^a, N. Moya Quesada^b, G. Navarro Lorenzo^c, P. Castro Pérez^d, M. Gómez Domínguez^b y Á. Bonilla Álvarez^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Cañada. Almería. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen del Mar. Almería. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huércal de Almería. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almería Centro. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Benahadux. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 78 años que acude a consulta por sensación de pérdida inminente de conciencia mientras se encontraba cocinando. NAMC. Fumador activo (paquete diario durante 50 años). Bebedor social. AP: EPOC, bronquitis asmática. Tratamiento habitual: salbutamol. Enfermedad actual: el paciente refiere presíncope mientras cocinaba en su domicilio, ha desayunado, no episodios previos. No fiebre termometrada. Actualmente asintomático. Comenta leve odinofagia y otalgias derechas. Describe una masa laterocervical anterior derecha de dos años de evolución que en el último mes ha crecido más.

Exploración y pruebas complementarias: CyO, BEG, normoperfundido, eupneico, Glasgow 15. TA 133/71. T^o 35,2 °C. SatO₂ 98%. Glucemia 97. ACR: tonos rítmicos sin soplos, MVC sin estertores sobreañadidos. ORL: faringe hiperémica. Otoscopia anodina. Se palpa masa laterocervical anterior en cuello adherida a planos profundos, de consistencia dura y unos 3 cm. Neurológica: PINR, pares craneales conservados. No focalidad ni signos de irritación meníngea, fuerza y sensibilidad conservadas. Abdomen: blando y depresible, no doloroso, no se palpan masas ni megalías. ECG: RS a 90 lpm. Eje normal. PR 0,12. QRS estrecho. Sin alteraciones de la repolarización. Analítica: anodina. (INR 0,99). TAC de cuello con contraste: se aprecia masa laterocervical infrahioidea de unos 30 mm que pierde plano de clivaje con músculo esternocleidomastoideo no apreciándose relleno de contraste en la vena yugular interna ipsilateral. Hallazgos muy sugerentes de lesión neoplásica. Rx tórax: anodina. Rx abdomen: se aprecia posible estrechamiento a nivel de marco cólico derecho, gas y heces presentes en ampolla rectal. Sin signos de dilatación renoureteral ni de vías hepatobiliarias.

Juicio clínico: Lesión neoplásica a estudio. El paciente queda ingresado para estudio (mostraré resultados).

Diagnóstico diferencial: Arritmias, síncope neuromediados, adenopatías, infecciones sistémicas, hipoglucemias, bocio, quiste tiroglosso.

Comentario final: En ocasiones tras un cuadro común se encuentra el debut de una enfermedad que no está entre las principales etiologías del mismo, para ello el médico de familia debe de tener siempre una visión holística de la sintomatología.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica de protocolos de actuación, 5^a ed. Barcelona: Elsevier España; 2015.
2. Navarro Campoamor J. Urgencias Domiciliarias: guía rápida de actuación. Madrid: Panamericana; 2016.
3. Longo DL, Fauci AS, Hauser SL, Jameson JL, Kasper DL, et al, eds. Harrison. Principios de Medicina Interna, 18^a ed. México: McGraw-Hill, 2012.

Palabras clave: Cáncer. Neoplasia. Síncope. Tumor. Cuello.