Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):1740

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/1484 - ADENOPATÍA SOSPECHOSA

P. Soria Candela[a], L. Rodríguez Quijano[a], M. Vilanova Barceló[a], I. García de León Sánchez[b], B. Álvarez García[b] y M. Gonzálvez Lozano[b]

[a]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mariano Yago. Yecla. Murcia.[b]Médico de Familia. Centro de Salud Mariano Yago. Yecla. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 42 años sin antecedentes personales de interés, que consulta por nódulo infraauricular izquierdo de 6 días de evolución, sin signos ni síntomas infecciosos asociados. A la exploración, adenopatía de aproximadamente 2 cm de diámetro, infraauricular izquierda, dolorosa a la palpación, no adherida a planos profundos, de consistencia elástica. No presenta cuadro constitucional. Se pauta ibuprofeno presentando escasa mejoría. Se solicita entonces ecografía cervical y analítica y ante los hallazgos, comentados a continuación, se solicita punción con aguja fina. Tras los resultados, se deriva urgente a Endocrinología.

Exploración y pruebas complementarias: Analítica: hemograma, bioquímica con hormonas tiroideas, velocidad de sedimentación globular y proteína C reactiva normales. Serología negativa para virus habituales. Ecografía cervical: A nivel laterocervical bilateral se aprecian adenopatías submandibulares de morfología elongada de hasta 2,5 cm izquierdas y 1,8 cm derechas. Ambos lóbulos tiroideos de tamaño normal, con nódulo único hipoecogénico bien delimitado de aproximadamente 9 mm de diámetro máximo en lóbulo tiroideo izquierdo. Punción aguja fina (PAF): citología sospechosa para carcinoma papilar de tiroides.

Juicio clínico: Carcinoma papilar de tiroides.

Diagnóstico diferencial: Lipomas, quistes epidermoides, parotiditis, adenopatías reactivas a infecciones u otras agresiones, neoplasias.

Comentario final: Tras resultado de PAF y valoración por endocrinología y cirugía, se le realiza tiroidectomía total con vaciamiento ganglionar central y lateral izquierdo, siendo el estadiaje anatomopatológico: T1aN0Mx. Se realiza posteriormente ablación con I-131. Tras esto se realiza rastreo corporal con captaciones submandibulares. Se realiza resonancia cervical donde se descarta recidiva local. Posteriormente estable con tratamiento sustitutivo, con controles normales, manteniendo criterios de remisión completa.

Bibliografía

1. Manejo del nódulo tiroideo. Fisterra, 2017. Disponible en: http://www.fisterra.com/guias-clinicas/manejo-nodulo-tiroideo/
2. Carcinoma (cáncer) papilar tiroideo. Medlineplus.gov. Disponible en: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000331.htm

Palabras clave: Carcinoma papilar. Glándula tiroides. Ganglios linfáticos.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.