



242/393 - ¡NO PUEDO TRAGAR! A PROPÓSITO DE UN CASO

R. Pinto Rodríguez, M. Martínez Fernández y A. Robles Torres

Médico de Familia. Centro de Salud Parets del Vallés. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Presentamos el caso de una mujer de 73 años, con antecedentes de: hipertensión arterial, fibrilación auricular, hipotiroidismo, trastorno de ansiedad-depresión, obesidad y poliartrosis. En julio de 2016 consulta en el CAP por cuadro de dos días de odinofagia leve y sensación de cuerpo extraño en la garganta. A la exploración presenta buen estado general, afebril y en la orofaringe se observan amígdalas hiperémicas con hipertrofia amigdalar unilateral derecha, sin adenopatías. Se orienta como amigdalitis aguda y se inicia tratamiento con antiinflamatorios. La paciente vuelve a consultar por empeoramiento de la clínica, más sensación de opresión en la garganta y dificultad para deglutir. Se observa aumento importante de la amígdala derecha, que ocupa 2/3 de la orofaringe, vascularizada superficialmente, sin úlcera y sin adenopatías. Dado el crecimiento rápido de la tumoración faríngea se decide derivar a la Unidad-Diagnóstico-Rápido. Pocos días después, la paciente consulta en urgencias por presentar un sangrado de boca durante la noche, por lo que deciden derivar a hospital de 3^{er} nivel para valoración de otorrinolaringólogo urgente. Ajustan la pauta de Sintrom y dado la estabilidad de la paciente le dan alta y se cita para completar estudio.

Exploración y pruebas complementarias: Se realiza biopsia de amígdala palatina derecha donde se observa proliferación difusa de células grandes atípicas y positivas para marcadores tumorales. La analítica sin alteraciones destacables y TAC cervical muestra una gran tumoración de amígdala palatina derecha de aspecto polipoide que se proyecta ocupando la luz de la orofaringe y que se extiende caudalmente hasta hipofaringe. En el PET/TAC no se observa extensión a ninguna otra localización y no hay afectación de la médula ósea.

Juicio clínico: Se diagnostica de linfoma amigdalar y se inicia tratamiento con quimioterapia (R-Chop). Evolución es satisfactoria, desapareciendo por completo la tumoración.

Diagnóstico diferencial: Linfoma, amigdalitis aguda, hipertrofia amigdalar, absceso amigdalar.

Comentario final: El carcinoma epidermoide es el tumor maligno más común de la amígdala palatina. También puede haber otros tipos como el linfoma. La neoplasia primaria de amígdala palatina tiene una incidencia anual de 1/100.000 habitantes. Es frecuente entre los 40-50 años. La relación hombre:mujer 10:1. Los factores de riesgo más importantes son tabaquismo y alcoholismo. Suele presentarse con signos y síntomas inespecíficos, lo que hace que dificulte y retrase el diagnóstico. Es imprescindible el examen médico, estudio por imagen y biopsia de lesión. El tratamiento dependerá del lugar y la extensión del tumor.

Bibliografía

1. Rosai J. et al. Tumores, pseudotumores y condiciones del tejido linfoide. En: Ackerman's Surgical pathology, 8ª ed. Mosby, 1996; p. 245-6.

Palabras clave: Linfoma. Amígdala. Hipertrofia.