



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/3089 - ¡MENOS MAL QUE NO TOMO SINTROM!

F. Pérez Durán^a, A. Ardila Soto^b, E. Pérez Castro^c, P. Rivas Pacheco^d, G. Molina Barriga^e y N. Sotelo Kesti^e

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villanueva del Pardillo. Madrid. ^bMédico de Familia. Hospital El Escorial. Madrid. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrelodones. Madrid. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de El Escorial. Madrid. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Galapagar. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 88 años sin antecedentes médicos de interés ni tratamiento habitual, sin seguimiento por AP primaria, acude a Urgencias por hematoma cervical de 24 horas de evolución sin traumatismo ni causa aparente. Niega disnea o tos. No fiebre síntomas infecciosos ni cuadro constitucional.

Exploración y pruebas complementarias: CV: TA 170/90. FC: 78 lpm. SatO₂ 94%. BEG. Consciente, orientado y colaborador. Hidratado, perfundido y coloreado. Eupneico. Cuello: hematoma a nivel de cara anterior de cuello hasta clavículas en distintas fases de evolución. ORL: Abombamiento de pared posterior y lateral izquierdo con hematoma en orofaringe. AC: RC arrítmicos, de bajo tono, no ausculto soplos. AP: MV disminuido globalmente. ABD: RHA conservados. Blando y depresible, no doloroso. MMII: no edemas ni signos de TVP. Pulsos pedios presentes. ECG: FA a 90 lpm. BCRIHH. Rx de tórax: ICT aumentado. Derrame cisural. Aumento trama vascular. Analítica: Hb: 18,4 g/dL. Hcto 55,5%. VCM 99,8 fL. Coagulación normal. BT 2,4 mg/d (0,2-1,2). BD 1,0 mg/dL (0,5). AST 59 UI/l (40). GGT 259 UI/l (12-64). TAC de cuello sin y con CIV: Glomus carotídeo (paraganglioma) izquierdo con signos de sangrado con gran hematoma cervical que compromete espacio visceral y retrofaríngeo izquierdo con estenosis en la vía aéreo-digestiva ipsilateral. Ante estos hallazgos se realiza interconsulta con el ORL quien visualiza a través de nasofibroscopio abombamiento de pared faríngea izquierda que ocupa la mitad de la hipofaringe. Se decide mantener en observación durante 24 horas sin evidencia de crecimiento del hematoma ni signos de resangrado. El paciente se da alta con estudio ambulatorio del glomus carotídeo.

Juicio clínico: Glomus carotídeo (paraganglioma) izquierdo con signos de sangrado.

Diagnóstico diferencial: Aneurismas. Neurinomas. Adenopatías inflamatorias. Metástasis ganglionares.

Comentario final: El interés principal de este caso radica en su presentación, ya que el síntoma más habitual suele ser una masa cervical localizada en la bifurcación de la arteria carótida primitiva. Las lesiones de gran tamaño pueden producir síntomas compresivos, disfagia, tos, disfonía, fasciculaciones linguales por afectación del nervio hipogloso o síndrome de Horner por afectación de la cadena simpática.

Bibliografía

1. Baysal BE, Myers N. Etiopathogenesis and clinical presentation of carotid body tumors. Microsc Res Tech. 2002;59:256-61.

Palabras clave: Hematoma cervical. Paraganglioma. Glomus carotídeo.