



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

216/117 - Bulto en cuello con desenlace de malignidad

K.P. Baldeón Cuenca^a, L. Cotruta^b y V.J. Ovejero Gómez^c

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina de Familiar y Comunitaria. CS Besaya. Los Corrales de Buelna. Cantabria. ^bMédico Residente de 1^{er} año de Cirugía General; ^cAdjunto de Cirugía General. Hospital Sierrallana. Torrelavega. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 63 años acude a Consulta de Atención Primaria refiriendo aparición de bultoma en cara lateral derecha del cuello desde hace tres días aproximadamente. Respecto a sus antecedentes personales: dislipemia, trastorno ansioso-depresivo. Tratamiento actual: rosuvastatina 10 mg, paroxetina 20 mg. Tras exploración física se decide derivar al Servicio de Urgencias solicitando analítica y ecografía cervical. Ingreso en Medicina Interna para ampliación de estudio.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, consciente y orientada, normohidratada y normocoloreada. Tensión arterial: 110/65 mmHg; frecuencia cardíaca: 70 lpm; temperatura: 37,7 °C; saturación de oxígeno basal: 97%. Cabeza y cuello: no ingurgitación yugular ni soplos. Bultoma en zona lateral derecha del cuello de consistencia dura, doloroso a la palpación. No adenopatías periféricas. Auscultación cardiopulmonar: rítmico sin soplos, MVC. Abdomen y EEII anodinos. No focalidad neurológica. Analítica: Hb 9,8; Hto 30,7; VCM 87; PCR 42; VSG 73; CEA 9,8; VitB12 y ac. fólico normales. Ecografía cervical: bultoma palpable corresponde a una lesión nodular hipoecogénica y de contornos desflecados, de localización laterocervical inferior, en situación lateral con respecto a la vena yugular interna a la cual comprime ligeramente. Existe cambios de aspecto inflamatorio en el tejido graso que lo rodea. Se objetivan imágenes sugestivas de adenopatías de aspecto patológico en niveles 4 y supraclaviculares. Glándula tiroides sin alteraciones. Colonoscopia: neoformación de colon ascendente de unos 4 cm, que se sitúa inmediatamente por encima de la válvula ileocecal, en forma de hendidura. IQ: exéresis de adenopatía retroyugular derecha con informe anatopatológico de metástasis masiva de adenocarcinoma.

Juicio clínico: Adenocarcinoma de colon con metástasis cervicotorácica.

Diagnóstico diferencial: Quistes del conducto tirogloso. Laringocele. Infecciones bacterianas: anginas, faringitis, tuberculosis. Sarcoidosis. Enfermedades autoinmunes: lupus, vasculitis. Neoplasias y metástasis.

Comentario final: El nódulo y/o masa cervical constituye un motivo frecuente de consulta tanto en Atención Primaria como en las urgencias hospitalarias. Es necesario tener claro el manejo de estas situaciones, lo cual implica una anamnesis metódica, una exploración sistemática y la elección de las pruebas complementarias adecuadas. La historia clínica ha de incluir numerosos aspectos entre los que no deben faltar nunca edad y duración de la masa. La exploración física es la exploración básica otorrinolaringológica. La ecografía permite determinar con certeza el tamaño de las lesiones, su naturaleza (sólida, líquida o mixta), la separación (plano de clivaje) respecto a las estructuras adyacentes y su extensión tanto en profundidad como

en superficie; con toda esta información se pueden realizar con bastante precisión múltiples diagnósticos los cuales permitirán al médico tomar decisiones terapéuticas adecuadas para cada paciente. El cáncer de colon en España, en los varones es el tercero en frecuencia, detrás del cáncer de pulmón y próstata. En las mujeres es el segundo en frecuencia, detrás del de mama.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dotan E, Cohen SJ. Challenges in the management of stage II colon cancer. National Institutes of Health Semin Oncol. 2011;38:511-20.
2. Tota JE, Ramana-Kumar AV, El-Khatib Z, Franco EL. The road ahead for cervical cancer prevention and control. Current Oncology. 2014;21:e255-64.