



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/2530 - DOCTORA, ME HA SALIDO UN "BULTITO" EN EL CUELLO

S. Vicente Tomé<sup>a</sup>, C. Pérez Manso<sup>a</sup>, L. Serra Tomás<sup>a</sup> y J. Azkarate Zubiaur<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Algorta-Bidezabal. Bizkaia.<sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Alango. Bizkaia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 71 años, exfumador desde hace 3 años de 1/2 paquete/día (acumulado: 30 paquetes/año) con antecedentes personales de: linfoma difuso de células grandes B (LDCGB) amígdala izquierda 2010 (remisión completa 2012); cardiopatía isquémica crónica con bypass de 3 vasos hace 30 años; flutter auricular cardiovertido con amiodarona. El paciente acude a nuestra consulta en enero de 2018 por notarse en la zona derecha del cuello una pequeña tumoración no dolorosa sin otra clínica acompañante. Debido a los antecedentes, decidimos estudio de dicha tumoración. En un primer momento solicitamos ecografía de cuello y analítica para descartar principalmente patología maligna; posteriormente el estudio se amplió con RMN cuello, BAG de la lesión y TAC estadiaje.

**Exploración y pruebas complementarias:** Aspecto caquético desde hace años. Normocoloreado. Cuello: pequeña tumoración de morfología nodular de aproximadamente 1 cm, no adherida a planos profundos, no dolorosa a la palpación. No presenta adenopatías en otras localizaciones. Analítica: anemia normo-normo. SOH negativa. Eco cuello: tumoración intramuscular en esternocleidomastoideo derecho de 10 × 7 × 14 mm inespecífico para esta técnica. RMN cuello: lesión aspecto no agresivo plantea diagnóstico diferencial con neurinoma, mixoma o hemangioma. Se solicita AP: infiltración ADC bien-moderadamente diferenciado con inmunofenotipo concordante con origen pulmonar. TAC estadiaje: múltiples metástasis (lesión en esternocleidomastoideo derecho, glándula submaxilar derecha, suprarrenal izquierda); tumor primario en LSI junto con nódulo espiculado en LSD correspondiente con otro primario.

**Orientación diagnóstica:** Adenocarcinoma pulmonar T4N3M1C en tratamiento paliativo.

**Diagnóstico diferencial:** Debido a los antecedentes del paciente nuestro diagnóstico diferencial se basó inicialmente en descartar patología de etiología maligna (tumor primario vs recidiva de linfoma).

**Comentario final:** La importancia del estudio de adenopatías o tumoraciones en paciente con antecedentes de neoplasia. En el caso de nuestro paciente mencionar también el papel del médico de familia en el tratamiento paliativo y soporte al final de la vida.

### Bibliografía

1. Henry PH, Longo DL. Linfadenopatía y esplenomegalia. En: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18<sup>a</sup> ed. México: McGraw-Hill; 2012.
2. Raluy Domínguez JJ, Meleiro Rodríguez L. Adenopatías, a partir de un síntoma. AMF. 2011;7(4):218-22.

**Palabras clave:** Adenopatía. Neoplasia. Paliativo.