

347/3115 - OCULTADO BAJO EL PAÑUELO

E. Sánchez Fernández^a, G. Cano Conesa^b, J. Martínez Martínez^b y A. Martínez Sánchez^c

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lorca Sur. Murcia. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Diego. Lorca. Murcia. ^cMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lorca Sur. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 32 años acude a consulta de atención primaria por referir molestias en orofaringe desde hace 3 meses, no habiendo consultado previamente y automedicándose en casa durante este tiempo con antiinflamatorios y amoxicilina, sin presentar mejoría. Antecedentes médicos: Fumadora de 10 paquetes/año. Ansiedad en tratamiento. No presenta antecedentes quirúrgicos. Tratamiento actual: clonazepam 0,5 mg 1 comprimido cada 8 horas y olanzapina 2,5 mg 1 comprimido cada 24 horas.

Exploración y pruebas complementarias: Auscultación cardiaca: rítmico, sin soplos. Auscultación pulmonar: Buen murmullo vesicular, sin sobreagregados. Orofaringe: no hiperemia, no hipertrofia amigdalar ni exudados. Ordenamos a la paciente que se quite el pañuelo que lleva atado al cuello para realizar exploración cervical, palpando masa de consistencia pétreas, adherida a planos profundos en lóbulo izquierdo del tiroides de aproximadamente 2×2 cm de diámetro al tacto. No se palpan adenopatías cervicales, occipitales, retroauriculares ni supraclaviculares. Analítica previa 5 meses antes: TSH 2.038 uUI/ml y T4 libre 0,70 ng/dL. Ecografía tiroidea: nódulo de 1,8 cm hipoeocoico y heterogéneo de contorno, presenta vascularización interna y periférica. No se observan adenopatías periféricas. Se realiza punción aspiración con aguja fina con resultado anatomo-patológico de carcinoma papilar de tiroides. Posteriormente se realizó tiroidectomía total.

Orientación diagnóstica: Nódulo tiroideo. Carcinoma papilar tiroideo.

Diagnóstico diferencial: Causas origen no neoplásico: Bocio multinodular simple o tóxico, tiroiditis, granuloma. Causas origen neoplásico: Adenoma folicular, linfoma, sarcoma, carcinoma papilar.

Comentario final: La detección precoz del nódulo tiroideo, basado en una correcta exploración física y sistemática, es fundamental en la consulta de atención primaria, como el caso que nos ocupa. Es frecuente que no se asocie a otra sintomatología por lo que el hallazgo casual simplemente con la exploración es fundamental, puesto que la paciente contaba otra sintomatología. El cáncer papilar de tiroides es el más frecuente de los tumores tiroideos (70-80% del total) y tiene buen pronóstico. Su incidencia se encuentra al alza en los últimos años.

Bibliografía

1. Vaccarella S, Franceschi S, Bray F, et al. Worldwide Thyroid-Cancer Epidemic? The Increasing Impact of Overdiagnosis. *N Engl J Med.* 2016;375:614.
 2. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2015. *CA Cancer J Clin.* 2015;65:5.

Palabras clave: Papilar. Tiroides. Nódulo.