Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):2498

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/1075 - TUMORACIÓN SUPRACLAVICULAR: ¿SE TRATA SIEMPRE DE UNA ADENOPATÍA?

N. Sánchez Gómez[1], S. Avilés Cigüela[2], J. Monsech Romero[3] y A. Cetó Barayazarra[4]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospitalet de Llobregat. Barcelona.[2]Médico de Familia. Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat. Barcelona.[3]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Viladecans. Barcelona. [4]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Centre. L`Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 37 años con antecedentes de tabaquismo, síndrome ansioso depresivo, asma bronquial, migraña y by-pass gástrico por obesidad que acudió a consulta tras revisión laboral por hallazgo de tumoración supraclavicular izquierda. Refiere pérdida de 9 kg de peso en contexto de trastorno anímico.

Exploración y pruebas complementarias: Se palpan pequeñas adenopatías latero-cervicales móviles, no pétreas ni adheridas, adenopatía supraclavicular izquierda fusiforme y móvil bajo la cual se palpa tumoración pétrea y adherida a planos profundos de aproximadamente 2 cm. No adenopatías axilares ni inguinales. Abdomen: anodino. Se solicita analítica que no muestra alteraciones a destacar excepto gamma-glutamiltransferasa elevada y déficit de folato. Radiografía de tórax informada sin hallazgo de patología. Se deriva a la Unidad de Diagnóstico Rápido ante adenopatía sugestiva de malignidad por localización y consistencia donde solicitan analítica con marcadores tumorales: CA 19-9, antígeno carcinoembriogénico y B2-Microglobulina, normales. Ante adenopatía pétrea supraclavicular izquierda (ganglio de Virchow) y sospechando metástasis de primario digestivo, ovárico o renal solicitan tomografía abdominal que no encuentra hallazgos patológicos. Solicitan ecografía de partes blandas con punción aspirativa con aguja fina que no se realiza al objetivar lesión calcificada ósea sugestiva de costilla cervical por lo que se realiza radiografía cervical que pone de manifiesto costilla cervical bífida izquierda que se articula con megaapófisis transversa C7 que se corresponde con la alteración a la palpación.

Orientación diagnóstica: Costilla cervical.

Diagnóstico diferencial: Lipoma, nódulo tiroideo, adenopatía infecciosa, inflamatoria, por enfermedad hematológica o metástasis tumoral.

Comentario final: Ante cualquier tumoración pétrea y adherida a planos profundos en región supraclavicular es importante descartar malignidad solicitando analítica, radiografía de tórax y derivando al paciente al siguiente nivel asistencial. Este caso muestra la relevancia del diagnóstico diferencial de la tumoración supraclavicular ya que no en todas las ocasiones se trata de una adenopatía. La costilla cervical debe tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial. También se muestra la relevancia de la lectura sistemática de una radiografía de tórax puesto que en radiografía inicial ya se objetiva la costilla cervical, pudiendo haber redirigido la ampliación del estudio de otra forma.

Bibliografía

1. Raluy JJ, Meleiro L. Adenopatías. AMF. 2011;7(4):218-22.
2. Schwetschenau E, Kelley DJ. The adult neck mass. Am Fam Physician. 2002;66(5):831-9.

Palabras clave: Supraclavicular. Adenopatía. Costilla.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.