



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/2774 - LO QUE ESCONDÍA UN BULTOMA

I. Gafarot Pérez¹, N. Domene Martí², C. Millán Vinuesa³ y C. Sierra Matheu¹

¹Médico de Familia. CAP Sant Ildefons. Barcelona. ²Médico de Familia. ABS Cornellá de Llobregat. Barcelona. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Martí i Julià. Cornellá de Llobregat. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 40 años, fumadora de 1 paq/día. Consulta por bultoma en región cervical anterolateral baja derecha (área V) de 1 año de evolución y de tamaño estable.

Exploración y pruebas complementarias: Masa elástica, móvil, redondeada, indolora, de 4-5 cm de diámetro, que aumenta con el Valsalva. Analítica sin alteraciones. Ecografía cervical con formación quística mal delimitada. Se deriva a ORL, quien activa UDR y solicita TAC cervical con PAAF. Hay una masa quística extensa supraclavicular derecha de 7 × 3 × 5 cm compatible con malformación linfática o quiste del tercer arco branquial o tímico. La lesión desplaza el lóbulo tiroideo derecho y comprime significativamente la vena yugular interna. En la porción superior de la lesión se aprecian algunos septos y e hipercaptación. La PAAF es negativa para células malignas y compatible con lesión quística. Se comenta el caso con Comité de cabeza y cuello y se decide ampliar el estudio con gammagrafía de cuerpo entero. Además de la lesión a estudio, que es hipodensa y ametabólica compatible con lesión quística o linfangioma, hay una lesión nodular hipermetabólica en polo inferior del lóbulo tiroideo derecho con pequeñas adenopatías hipermetabólicas en cadena yugular interna derecha (áreas IIB y III) que podrían relacionarse con la lesión tiroidea. Se programa visita con Endocrinología y una ecografía tiroidea con toma de biopsias. La lesión tiroidea es heterogénea, de bordes difusos con algunas zonas hiperecogénicas y mide 15 × 10 × 16 mm. Se biopsia, objetivándose lesión folicular indeterminada.

Orientación diagnóstica: Se orienta como sospecha de neoplasia de tiroides con M1 ganglionares quísticas. Se practica tiroidectomía total bilateral con vaciamiento ganglionar funcional derecho. Además, exéresis de la tumoración quística. La anatomía patológica confirma carcinoma papilar mpT1 bpN1b.

Diagnóstico diferencial: Neoplasia. Malformación linfática. Quiste. Inflamación. Infección.

Comentario final: Es preciso estudiar aquellos bultomas de larga evolución con pruebas complementarias y derivar al especialista hospitalario correspondiente, sobre todo si los resultados no son claros. Gracias a una correcta coordinación, el caso fue presentado al Comité Interdisciplinar y el estudio pudo ampliarse y acelerarse. Pese a ser el bultoma a estudio benigno, la paciente fue diagnosticada de forma precoz de una neoplasia tiroidea de curso insidioso sin alteraciones hormonales.

Bibliografía

1. Pérez S, et al. Un bulto en el cuello. SEMERGEN. 2004;30(3):136-41.

Palabras clave: Neoplasia. Bultoma. Tiroides.