



## 333/361 - UNA PATOLOGÍA NO TAN FRECUENTE

G. Bermúdez Ferrer<sup>1</sup>, A. Vergaz Ballesteros<sup>2</sup>, B. Ruiz Tur<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lavapiés. Madrid. <sup>2</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Luengo Rodríguez. Madrid.

<sup>3</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lavapiés. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 57 años, con AP de fumadora, exADVP, hipertensa, infección crónica por VHC, acude a atención primaria por aparición de adenopatía laterocervical derecha de 3 días de evolución, asintomática. No fiebre, no disfonía, no disnea. No otra sintomatología por aparatos.

**Exploración y pruebas complementarias:** Destaca hiperemia orofaríngea, hipofonesis LSD, adenopatía laterocervical derecha, no dolorosa, blanda, no adherida a planos profundos. Análítica sanguínea sin hallazgos. Serologías EB, CMV, toxoplasma, VIH, VHA, VHB, sífilis negativo. Infección crónica VHC. Inmunología normal. Mantoux y quantiferon negativo. Rx de tórax normal. En ecografía cervical, a nivel laterocervical derecho se identifica una lesión en el espacio cervical posterior, en íntimo contacto con la vena yugular interna y el músculo esternocleidomastoideo, de bordes lobulados, sugestiva de quiste del 3º arco branquial, y pequeños ganglios reactivos adyacentes. Según PAAF compatible con lesión quística abscesificada. La RM es confirmativa. Anatomía patológica resulta negativa para malignidad.

**Juicio clínico:** Quiste branquial con fístula.

**Diagnóstico diferencial:** Se pueden destacar como neoplasia primaria, el linfoma, sarcoma, carcinoma de tiroides, carcinoma de quiste del conducto tirogloso, tumores malignos de glándulas salivales. Así como lesiones metastásicas a este nivel. Los tumores primarios infraclaviculares de pulmón, riñón, vejiga, mama, estómago, próstata, gónadas. Leucemias. Las de causa Inflamatoria: adenitis cervical, bacteriana, viral (SIDA, mononucleosis infecciosa), granulomatosis (tuberculosis, sarcoidosis, actinomicosis). Y por último las causas congénitas como es el quiste branquial de nuestro caso, o el quiste del conducto tirogloso, quiste dermoide, teratoma.

**Comentario final:** En atención primaria tenemos la ventaja de ver a nuestros pacientes desde el inicio de presentación de los síntomas para una patología en concreto hasta el estadio final de la misma, y no siempre corresponden a patologías banales; debemos ser curiosos, estar abiertos y preparados ante todas aquellas que no son tan frecuentes.

### Bibliografía

De Castro JC, Zamora PA. Tumoración cervical indicativa de malignidad: Actitud diagnóstica y

terapéutica. Med Clin, 1996. 106:103-110.

Alcalde J, Cervera-Paz J, Pérez N. Diagnóstico de masas en cuello. Epidemiology of extrapulmonary tuberculosis. A comparative analysis with pre- AIDS cases. Chest 1991; 99:1134-1138.

**Palabras clave:** Adenopatía, cervical, quiste, fístula.