

Tumoración cervical

Manuel Lado Argibay¹, María de los Ángeles Fernández Santamaría²

¹MIR 3 MFyC. C. S. Acea Da Ma (Culleredo). Área Sanitaria de A Coruña

²Médico especialista en MFyC. PAC de Cambre. Área Sanitaria de A Coruña

Cad Aten Primaria
Ano 2013
Volume 19
Páx. 129-129

INTRODUCCIÓN

Mujer de 33 años con antecedentes de Raynaud y cirugía de lipoma cervical hace años.

Acude a PAC por notarse, desde hace dos de horas, tumoración de 3x4 cm en cara anterior de cuello, que no se moviliza con la deglución, no dolorosa, sin adenopatías cervicales. Refiere como única clínica acompañante, discretas molestias en la garganta, objetivándose leve hiperemia orofaríngea, sin exudados.

PALABRAS CLAVE

Tumoración, cervical, quiste.

PREGUNTA

Con estos datos, ¿cuál cree que es el diagnóstico más probable?

- 1.- Nódulo tiroideo
- 2.- Quiste branquial
- 3.- Linfoma
- 4.- Quiste tirogloso



FIGURA 1



FIGURA 2

Correspondencia

Manuel Lado Argibay
Centro de Salud Acea Da Ma
C/ Enrique Tierno Galván, s/n (Acea da Ma) - O Burgo - Culleredo
(A CORUÑA) C.P: 15670
Manu_lado@hotmail.com

equimosis, hematomas o tumefacciones y valorar la funcionalidad de las extremidades. Ante la sospecha clínica, exploraciones complementarias accesibles en urgencias como la radiología convencional o la ecografía pueden resultar de gran utilidad para el diagnóstico. Nos gustaría destacar la importancia de realizar una anamnesis lo más completa posible que incluya antecedentes traumáticos previos con interrogación de los familiares y de los cuidadores habituales.

La luxación inveterada anterior del hombro de causa traumática no es una lesión rara en nuestro medio^{3,4}. Resulta fácilmente diagnosticada mediante radiografías convencionales al contrario que las luxaciones posteriores que pueden pasar desapercibidas radiográficamente en más de un 65% de los casos^{5,6}, por lo que la exploración clínica compatible con limitación de la rotación externa y la posición en rotación interna fija resulta fundamental⁷.

Se considera una luxación inveterada establecida, después de tres semanas de transcurrido el traumatismo inicial, cuando la cicatrización y las adherencias de los tejidos blandos periarticulares ocasionan cambios en la articulación consistentes en ocupación de la misma por tejido fibroso, erosión de relieves óseos, elongación y contractura capsular que dificultan la reducción cerrada y la estabilidad articular a medida que pasa el tiempo requiriendo a menudo una reducción quirúrgica abierta^{6,7,8}.

Dado el contexto clínico de nuestro paciente, con escasa colaboración y gran desestructuración osteoarticular por el tiempo de evolución, se descartó una alternativa quirúrgica agresiva siguiendo una evolución correcta en los controles clínicos y radiográficos posteriores disminuyendo la tumefacción y el dolor a la movilización pasiva.

RESPUESTA AL CASO CLÍNICO TUMORACIÓN CERVICAL

Se trata de un quiste tirogloso.

La paciente fue remitida a CCEE de ORL, donde realizan una ecografía y una PAAF. En la ecografía se objetiva una estructura quística en cara anterior de cuello sugestiva de corresponder a un quiste del conducto tirogloso. En la PAAF se evidencia frotis compatible con líquido de quiste tirogloso.

EXPLICACIÓN FINAL

El quiste tirogloso es una lesión congénita, resultado de restos del desarrollo embrionario de la glándula tiroidea y supone el 70% de las formaciones congénitas de la línea media de la región anterior del cuello, pudiéndose localizar en cualquier punto entre la base de la

BIBLIOGRAFÍA

1. Dewachter L, Aerts P, Crevits I, De Man R. Milwaukee shoulder syndrome. *JBR-BTR* 2012; 95:243-4.
2. Monroe TB, Mion LC. Patients with advanced dementia: how do we know if they are in pain? *Geriatr Nurs* 2012;33:226-8.
3. Cattaneo R. On inveterate dislocation of the shoulder. *Arch Ortop* 1959; 72:778-92.
4. Freeman III BL. Luxaciones inveteradas. En: Elsevier España S.A. *Cirugía Ortopédica Campbell*. Madrid 2004: 3200-3206.
5. Braun S, Horan MP, Millett PJ. Open reconstruction of the anterior glenohumeral capsulolabral structures with tendon allograft in chronic shoulder instability. *Oper Orthop Traumatol* 2011; 10:29-36.
6. Rouhani A, Navali A. Treatment of chronic anterior shoulder dislocation by open reduction and simultaneous Bankart lesion repair. *Sports Med Arthrosc Rehabil Ther Technol* 2010;2:10-15.
7. Verhaegen F, Smets I, Bosquet M, Brys P, Debeer P. Chronic anterior shoulder dislocation: aspects of current management and potential complications. *Acta Orthop Belg* 2012; 78:291-5.
8. Savarese E, Postacchini R, Tudisco C. Sequelae of an undiagnosed unilateral congenital fixed anterior shoulder dislocation in a 40-year-old female. *Musculoskelet Surg* 2011; 95:163-9.

lengua y la glándula tiroidea. Son más frecuentes entre la primera y segunda década de la vida, aunque su prevalencia en la edad adulta es del 7% no presentando predilección por sexos. El tamaño medio es de aproximadamente 3 cm, aunque pueden llegar a medir hasta 10 cm.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico. Se presenta como una tumoración asintomática en la línea media o ligeramente lateralizado, fluctuante y móvil. En ocasiones, los quistes pasan inadvertidos hasta que se produce una complicación como la inflamación, infección o fistulización, produciéndose en estos casos aumento de tamaño, enrojecimiento o dolor. Pueden producir disnea, sobre todo cuando la se localizan en la base lingual. Un tercio de los casos desarrollan trayectos fistulosos hacia la piel.

Si el quiste mantiene conexiones con la lengua o el hioides, se desplazaría con los movimientos de deglución o protusión de la lengua. Presentan un riesgo de malignización global del 1% hacia distintos tipos de carcinomas, principalmente el papilar de tiroideas que suele ocurrir en los adultos.

Puede ser de utilidad la realización de una ecografía o una gammagrafía tiroideas, para descartar la ectopia y evitar su extirpación, que generaría un hipotiroidismo permanente. La TAC informa sobre la morfología, tamaño o presencia de calcificaciones.

Se debe considerar el diagnóstico diferencial con las posibles causas de tumoraciones antero cervicales como lipoma, quiste sebáceo, quiste dermoide, adenopatía, quistes de arcos branquiales, patología de glándulas salivales, hipertrofia de ganglios linfáticos, tuberculosis y linfomas.

El tratamiento es la cirugía en todos los casos, con el fin de prevenir las complicaciones. Se utiliza la maniobra de Sistrunk, consistente en la resección completa del quiste y conducto tiroglosos, el segmento central del hueso hioides y ligadura del trayecto.

Con este procedimiento se reducen las recidivas hasta aproximadamente un 5%.

BIBLIOGRAFÍA

1. Santero Ramírez MP, Valenzuela MJ, Córdoba E, Arribas D, Albiach M, Martínez F. Carcinoma papilar sobre quiste de conducto tirogloso. Casos Clínicos Cirugía General. 2011; 3 (2)
2. Burgués Prades PL, Gómez Arenas ME, Royo Cuadra Y, Pueyo Gil C, Sáinz Samitier A, Esteban Ibarz JA et al. Quistes del conducto tirogloso. ¿Influyen los episodios inflamatorios previos en el número de recidivas? An Pediatr (Barc). 1996; 44 (5)
3. Nomdedéu-Guinet J, Martínez-Ramos D, Gilbert-Gerez J, Alfaro-Ferreres L. Extrusión cutánea como manifestación atípica de un quiste del conducto tirogloso. Cir Esp. 2008; 84 (3): 166-75
4. Sánchez Acuña G, Ramírez Melgoza J, Wilde Jordán I. Quistes del conducto tirogloso: diagnóstico y tratamiento. Revista mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial. 2009; 5 (3): 111-117

RESPUESTA AL CASO CLÍNICO INGESTA ACCIDENTAL DE CÁUSTICO

EXPLICACION FINAL

EPIDEMIOLOGÍA Y ETIOPATOGENIA

Los cáusticos son sustancias con capacidad de lesionar los tejidos con los que contactan, produciendo lesiones similares a una quemadura. La ingesta es más frecuente en los niños, sobre todo menores de 2 años, aunque en los adultos podemos encontrar ingestas voluntarias con fines autolíticos. La mortalidad descrita en países occidentales está en torno a un 4%, habiendo disminuído en las últimas décadas, principalmente por la mejoría en la seguridad de los productos.

Se pueden diferenciar dos tipos de cáusticos según su ph: ácidos (ph<7) o álcalis (ph>7) y están presentes en productos de limpieza, disolventes, pilas, cosméticos...etc.

La principal diferencia entre ambos es que los álcalis producen una necrosis por licuefacción, dando lugar a una rápida penetración tisular mediante una potente acción disolvente, acompañada por una intensa reacción inflamatoria que causa lesiones profundas e incluso perforación, mientras que los ácidos originan una necrosis coagulativa, dando lugar a una escara que normalmente limita la penetración provocando

lesiones menos profundas. Es frecuente que tengan mal sabor, por lo que salvo que la ingesta sea intencionada; suelen ser expulsados rápidamente, favoreciendo de esta manera la lesión de las vías aéreas al estimular el vómito y la tos. Por otro lado las soluciones alcalinas suelen ser insípidas e inodoras, y se pueden deglutir antes de provocar un reflejo protector, ingiriendo así mayores cantidades.

Existen varios factores que determinan la severidad: las características químicas del agente, su concentración, el volumen ingerido y el tiempo de exposición al mismo. Otros factores en menor medida serían el estado físico del cáustico y el grado de repleción gástrica.

CLÍNICA

Los síntomas que podemos encontrarnos son odinofagia, disfagia, edema, eritema, exudados en labios, cavidad oral y faringe, sialorrea, epigastralgia, dolor torácico, vómitos y hematemesis. Puede aparecer disfonía, ronquera o estridor que suelen traducir edema de glotis. Los vómitos espontáneos se asocian con mayor incidencia de lesiones esofágicas graves, siendo la estenosis esofágica la complicación tardía más importante. Numerosos estudios indican que la presencia o ausencia de clínica no se correlaciona con la gravedad y extensión de las lesiones, así como la existencia de lesiones orales o faríngeas no predice la presencia de lesiones en el esófago y el estómago, aunque