



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/74 - TENGO UN BULTO EN EL CUELLO...

J.L. Orihuela de la Cal^a, P.J. Martín Pérez^b y M.E. Orihuela de la Cal^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud de Arguineguín. Gran Canaria. ^bMédico de Familia. Centro de Salud del Cruce de Arinaga. Gran Canaria. ^cRadióloga. Hospital Insular de Gran Canaria. Gran Canaria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 70 años, con antecedentes personales de fibromialgia, estreñimiento y colon irritable. Acude a consulta de atención primaria por bultoma supraclavicular izquierdo, desde hace cuatro semanas, con crecimiento gradual, no doloroso. Peso y apetito estable, sólo dolores abdominales a tipo cólico en ocasiones. Luego de los estudios primarios se interconsulta urgente con cirujano de zona por Adenopatía metastásica con probable origen primario de neoplasia digestiva; decidiéndose ingreso hospitalario para estudio minucioso.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, palidez cutáneo mucosas. Tumoración adenopática supraclavicular izquierda, 4 cm, pétreo y fija. Abdomen plano, doloroso en hemiabdomen derecho, impresiona masa dura, no móvil. No reacción peritoneal. Complementarios aportaron anemia microcítica hipocrómica, VSG acelerada. Mantoux negativo. Rayos X tórax negativo. Ecografía supraclavicular: masa sugestiva de malignidad. Ecografía abdominal: lesión a nivel de colon transverso, de 80 mm, irregular y vascularizada. Estudios en Hospital: TC toraco-abdominal informan lesión polilobulada, 4 × 4 mm, hipodensidad interna sugestiva de necrosis, características metastásicas; más adenopatías mediastínicas. Dilatación focal de colon transverso, no buena delimitación, áreas de necrosis y ulceración, alteración de grasa asociado a múltiples adenopatías mesentéricas y retoperitoneales. Hallazgos no característicos, probable linfoma versus proceso neofornativo de comportamiento atípico. Cápsula endoscópica: angiodisplasia de intestino delgado. Endoscopia alta: gastritis crónica. Colonoscopia: Lesión neoproliferativa, estenosando y angulando la pared del colon transverso. Anatomía patológica compatible con adenocarcinoma de colon. PAAF de adenopatía supraclavicular positiva para malignidad. Hipergammaglobulinemia IGG. CEA elevada (14,4 ng/ml).

Juicio clínico: Adenocarcinoma de colon más enfermedad metastásica.

Diagnóstico diferencial: Carcinomas de origen gastrointestinal; cáncer de ovarios; tuberculosis; linfoma; toxoplasmosis y sarcoidosis; etc.

Comentario final: Se interconsulta con Oncología y Unidad de cuidados Paliativos. Evolución tórpida y deterioro continuo; sumándose rectorragia con repercusión hemodinámica y necesidad de varias transfusiones. Intolerancia oral en múltiples ocasiones. Mal control analgésico. Se desestima actitud quirúrgica. Estricto control por Cuidados paliativos y Atención primaria donde se realiza seguimiento paliativo más apoyo emocional y preparación familiar con visitas domiciliarias. Exitus a

los 2 meses del diagnóstico. La presencia del signo de Troisier (detección de adenopatías supraclavicular izquierda; llamado ganglio de Virchow o centinela) constituye una elevada probabilidad de neoplasia maligna de localización torácica o abdomino-pélvica, por lo que debe realizarse estudio adecuado y derivación oportuna para llegar al diagnóstico definitivo e imponerse el tratamiento más acertado. El médico de cabecera juega un importante papel en este proceso, no sólo en la sospecha diagnóstica sino en el seguimiento paliativo. La paciente tenía diagnóstico reciente de síndrome de intestino irritable y recordar que éste debe realizarse por exclusión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nakazawa S, Okumi M, Yoneda S, Takezawa K, Tanigawa G, Fujita K, et al. Retroperitoneal tumor diagnosed as metastatic lymph node from gastric adenocarcinoma following laparoscopic resection. *Hinyokika Kyo*. 2012;58(12):683-6.
2. Jann H, Roll S, Couvelard A, Hentic O, Pavel M, Müller-Nordhorn J, et al. Neuroendocrine tumors of midgut and hindgut origin: tumor-node-metastasis classification determines clinical outcome. *Cancer*. 2011;117(15):3332-41.
3. Krijger K, Schoofs J, Marchal Y, Van de Vijver E, Borgermans L, Devroey D. Association of objective health factors with self-reported health. *J Prev Med Hyg*. 2014;55(3):101-7.