



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/7 - TUMORACIÓN SUBMENTONIANA DE APARICIÓN BRUSCA

F. Leiva Cepas<sup>a</sup>, I. López-López<sup>b</sup>, E.M. Romero Rodríguez<sup>c</sup>, A. Cabello Chanfreut<sup>d</sup>, J. López Moreno<sup>e</sup>, A. López Matarín<sup>f</sup>, I. Ruz Caracuel<sup>g</sup>, J. Cuevas Cruces<sup>h</sup>, J.M. Madeira Martins<sup>i</sup> y J.Á. Fernández García<sup>j</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Villarrubia. Unidad de Gestión Clínica Occidente. Córdoba. <sup>b</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Nefrología. Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. <sup>c</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Occidente. Córdoba. <sup>d</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Villarrubia. Unidad de Gestión Clínica Occidente. Córdoba. <sup>e</sup>Médico Residente de 3 año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Aeropuerto. Córdoba. <sup>f</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Guadalquivir. Córdoba. <sup>g</sup>Becario Departamento de Ciencias Morfológicas. Universidad de Córdoba. Córdoba. <sup>h</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Fuensanta. Córdoba. <sup>i</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Fuensanta. Córdoba. <sup>j</sup>FEA Medicina Familiar. Unidad de Gestión Clínica de Occidente. Consultorio de Villarrubia. Córdoba.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente mujer de 40 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas. Sin antecedentes personales de interés. Obesidad. IMC: 36,3. Acude a Urgencias por presentar a nivel submentoniana una tumoración cervical de unas 24-48 horas de evolución con febrícula de unos 37,4 °C, sin otra sintomatología referida por la paciente. Acude muy preocupada.

**Exploración y pruebas complementarias:** En cuello se aprecia una tumoración cervical de características fluctuantes, sin signos sépticos de unos 6 × 7 cm, discretamente doloroso a la palpación; sin adherencia a planos profundos, y con alguna adenopatía paracervical ligeramente aumentada de tamaño. Resto de exploración del cuello normal, con pulsos vasculares conservados. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Exploración abdominal: sin hallazgos. Sin presencia de edemas en miembros inferiores, ni signos de trombosis venosa. Se realiza interconsulta con Cirugía Maxilofacial que recomienda estudio ecográfico: lesión ecogénica con cápsula indemne, valorando la necesidad de TAC de cuello: donde se evidencia lesión delimitada por cápsula y dependiente de piel; en probable relación con folículo sebáceo infectado.

**Juicio clínico:** Quiste sebáceo no infectado submentoniano.

**Diagnóstico diferencial:** Dada la rápida aparición de la lesión es preciso establecer el diagnóstico diferencial con elementos inflamatorios, infecciosos y neoplásicos que justifiquen la clínica asociada por la paciente. Neoplasias tiroideas, salivales, metástasis linfáticas, o cánceres de laringe de tipo anaplásico. Procesos infecciosos locales dependiente de mandíbula (odontológicos), micobacteriosis atípicas; o aquellos dependientes de intervencionismo previo.

**Comentario final:** Los quistes sebáceos dependientes de piel en pacientes mujeres en edad fértil

son relativamente frecuentes; pero se acompañan mayoritariamente de signos clínicos compatibles con un cuadro febril y una celulitis. En este caso al no existir esa clínica el diagnóstico diferencial está más dirigido hacia patología neoplásica de cabeza y cuello, especialmente maligna por el rápido crecimiento, pero que incluiría en un gran porcentaje clínica de corte sistémico. Tener presente este tipo de diagnóstico diferencial desde el punto de vista de la Urgencia Hospitalaria es fundamental, especialmente desde el punto de vista pronóstico. Por fortuna, al tratarse de un quiste simple dependiente de piel, el tratamiento es levemente invasivo y la recuperación ad integrum es prácticamente del 100%.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Calderon S, Kaplan I. Concomitant sublingual and submental epidermoid cyst: a case report. *J Oral Maxillofac Surg.* 1993;51:790-2.
2. Meyer I. Dermoid cysts (dermoids) of the floor of the mouth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1955;8:1149-64.
3. Longo F, Maremonti P, Mangone GM, De Maria G, Califano L. Midline (dermoid) cysts of the floor of the mouth: report of 16 cases and review of surgical techniques. *Plast Reconstr Surg.* 2003;112:1560-5.
4. Brusati R, Galioto S, Tullio A, Moscato G. The midline sagittal glossotomy for the treatment of dermoid cysts of the mouth floor. *J. Oral Maxillofac Surg.* 1991;49:875.
5. González Pérez M, Pérez García A. Patología Cervical. Capítulo 29. En: *Otorrinolaringología y Patología Cervicofacial.* Cobeta I, ed. Medicina STM Editores, S.L. Barcelona.