

NEOPLÀSIA PULMONAR METASTÀTICA DIAGNOSTICADA EN UNA UNITAT DE CIRURGIA MENOR

Autors: Bernat de Pablo Márquez, Marta Serra Gallego, Anna Ripoll Ramos

Centre de treball: CAP Valldoreix

Correspondència: bernatdepablo@gmail.com

Revisors: Imma Garrell i Roger Badia

Publicat: Setembre 2015

Bernat de Pablo Márquez, Marta Serra Gallego, Anna Ripoll Ramos (2015)

Neoplàsia pulmonar metastàtica diagnosticada en una Unitat de Cirurgia Menor

Available at: <http://pub.bsalut.net/butlleti/vol33/iss2/2>

*Aquest és un article Open Access distribuït segons llicència de Creative Commons
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)*

INTRODUCCIÓ

Presentem el cas de pacient de 54 anys d'edat remesa a la Unitat de Cirurgia Menor Ambulatòria per bultoma en cuir cabellut, orientat com a quist triquilèmic. Les troballes en l'exploració física no corresponien amb aquesta patologia, pels quals es van sol·licitar exploracions complementàries que van portar a un diagnòstic inesperat.

DESCRIPCIÓ DEL CAS

Presentem el cas de pacient de 54 anys remesa a la Unitat de Cirurgia Menor Ambulatòria (UCIMA) per bultoma en cuir cabellut de 3 mesos d'evolució, orientat com a quist triquilèmic.

Es tractava de pacient fumadora de 60 paquets / any, amb hàbit enòic de 4UBE / dia i obesitat, sense al·lèrgies medicamentoses conegudes i amb antecedents familiars de càncer de llavi en pare, càncer de pulmó en germà i càncer gàstric en mare. A l'exploració física la pacient presenta bultoma frontoparietal dret d'uns 3 cm de diàmetre màxim, difús i adherit a estructures profundes. Atès que les

troballes no eren compatibles amb quist triquilèmic es va decidir sol·licitar ecografia de parts toves que va mostrar una estructura hipoeicoica parietal dreta 44'8x7'9x42'6 mm, a 4 mm de profunditat, de probable ubicació subgaleal. Davant aquests troballes es va sol·licitar TAC cranial que va mostrar lesió òssia arnada i massa de parts toves frontal dreta, amb component intra i extracranial (**Figura 1 i 2**).

Amb el diagnòstic diferencial de mieloma vs plasmocitoma vs lesió metastàtica es va derivar al servei de neurocirurgia que va procedir a la biòpsia de la lesió. També es va fer estudi d'extensió amb TAC toracoabdominal (**Figura 3**) que va mostrar neoplàsia pulmonar en lòbul superior dret, vessament pericàrdic amb infiltració neoplàsica del pericardi, adenopaties supraclaviculars bilaterals i retropectorales dretes i lesions hepàtiques compatibles amb M1. L'anatomia patològica de la biòpsia cranial mostrar cèl·lules compatibles amb metastasi de carcinoma de cèl·lula petita.

Amb el diagnòstic de neoplàsia pulmonar amb M1 hepàtiques i cranials la pacient va ser presentada en comitè de tumors, decidint tractament quimioteràpic pal·liatiu.

Figura 1: TAC cranial, tall axial. Lesió òssia arnada i massa de parts toves frontal dreta

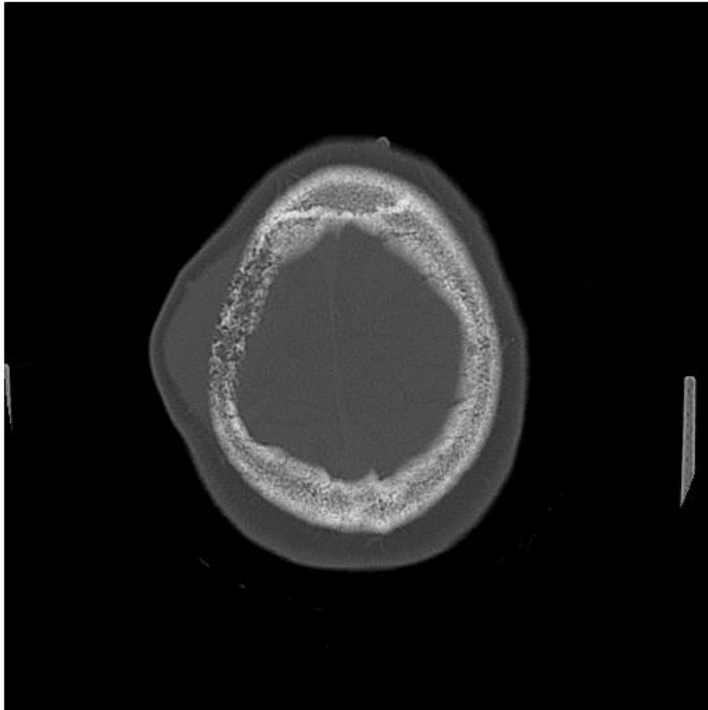


Figura 2: Reconstrucció 3D de TAC cranial, que mostra lesió arnada en calota cranial.

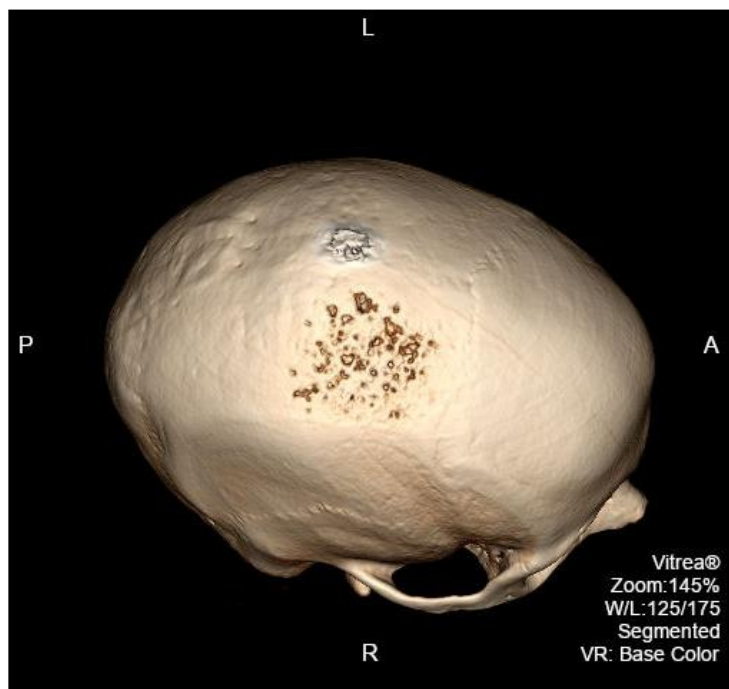
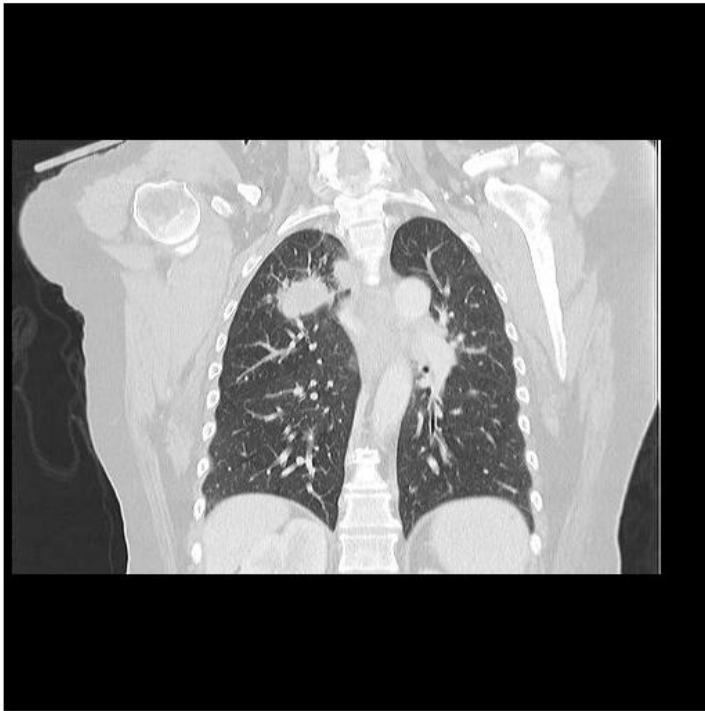


Figura 3: Lesió ocupant d'espai en lòbul superior dret compatible amb neoplàsia pulmonar



DISCUSSIÓ

El quist triquilèmic o triquilèmic és un motiu de consulta freqüent en les UCIMA¹.

Es tracta d'una lesió que apareix en cuir cabellut, nodular, de consistència ferma i no adherida a plans profunds. És una lesió benigna però pot créixer i fins i tot trencar-se, essent llavors molt dolorosa.

El diagnòstic diferencial inicial del quist triquilèmic s'ha de fer amb hidradenoma de cèl·lules clares, cilindroma i lipoma².

En el cas que l'exploració física porti a sospitar adherència a os cranial o afectació del mateix s'han de sol·licitar exploracions complementàries.

Dins de les neoplàsies cranials, les metàstasis són les més freqüents. Encara que pràcticament qualsevol localització primària és capaç de provocar lesions en

crani, les més freqüentment descrites amb aquest fenomen són pulmó, mama, tiroides, pròstata i ronyó³.

CONCLUSIÓ

El quist triquilèmic és un motiu de consulta freqüent en les UCIMA però sempre s'ha de realitzar una bona anamnesi i exploració física per realitzar un bon diagnòstic diferencial.

BIBLIOGRAFIA

1. Serra M, Arevalo A, Ortega C, Ripoll A, Gimenez N. Minor surgery activity in Primary Care. JRSM Sh Rp. 2010; 1: 36
2. Al-Khateeb TH, Al-Masri NM, Al-Zoubi F. Cutaneous cysts of the head and neck. J Oral Maxillofac Surg 2009; 67: 52-57
3. Doran SE, Gebarski SS, Hoff JT: Tumors of the skull. In Youmans J (ed): Neurological Surgery, 4th ed. NewYork: Saunders, 1996, pp 2998-302