

NEOPLASIA PULMONAR METASTÁSICA DIAGNOSTICADA EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA MENOR

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

Centro de trabajo: CAP Valldoreix

Correspondencia: bernatdepablo@gmail.com

Revisores: Imma Garrell y Roger Badia

Publicado: Septiembre 2015

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

Neoplasia pulmonar metastásica diagnosticada en una Unidad de Cirugía Menor

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

*Este es un artículo Open Access distribuido según licencia de Creative Commons
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)*

INTRODUCCIÓN

Presentamos el caso de paciente de 54 años de edad remitida a la Unidad de Cirugía Menor Ambulatoria por bultoma en cuero cabelludo, orientado como quiste triquilemico. Los hallazgos en la exploración física no correspondían con dicha patología, por los que se solicitaron exploraciones complementarias que llevaron a un diagnóstico inesperado.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de paciente de 54 años remitida a la Unidad de Cirugía Menor Ambulatoria (UCIMA) por bultoma en cuero cabelludo de 3 meses de evolución, orientado como quiste triquilemico.

Se trataba de paciente fumadora de 60 paquetes/año, con hábito enólico de 4UBE/día y obesidad, sin alergias medicamentosas conocidas y con antecedentes familiares de cáncer de labio en padre, cáncer de pulmón en hermano y cáncer gástrico en madre. A la exploración física la paciente presenta bultoma frontoparietal derecho de unos 3 cm de diámetro máximo, difuso y adherido a

estructuras profundas. Dado que los hallazgos no eran compatibles con quiste triquilemico se decidió solicitar ecografía de partes blandas que mostró una estructura hipoecoica parietal derecha de 44'8x7'9x42'6mm, a 4mm de profundidad, de probable ubicación subgaleal. Ante dichos hallazgos se solicitó TAC craneal que mostró lesión ósea apolillada y masa de partes blandas frontal derecha, con componente intra y extracraneal (**Figura 1 y 2**).

Con el diagnóstico diferencial de mieloma vs plasmocitoma vs lesión metastásica se derivó al servicio de neurocirugía que procedió a la biopsia de la lesión. Se realizó también estudio de extensión con TAC toracoabdominal (**Figura 3**) que mostró neoplasia pulmonar en lóbulo superior derecho, derrame pericárdico con infiltración neoplásica del pericardio, adenopatías supraclaviculares bilaterales y retropectorales derechas y lesiones hepáticas compatibles con M1. La anatomía patológica de la biopsia craneal mostró células compatibles con metástasis de carcinoma de célula pequeña.

Con el diagnóstico de neoplasia pulmonar con M1 hepáticas y craneales la paciente fue presentada en comité de tumores, decidiéndose tratamiento quimioterápico paliativo.

Figura 1. TAC craneal, corte axial. Lesión ósea apolillada y masa de partes blandas frontal derecha

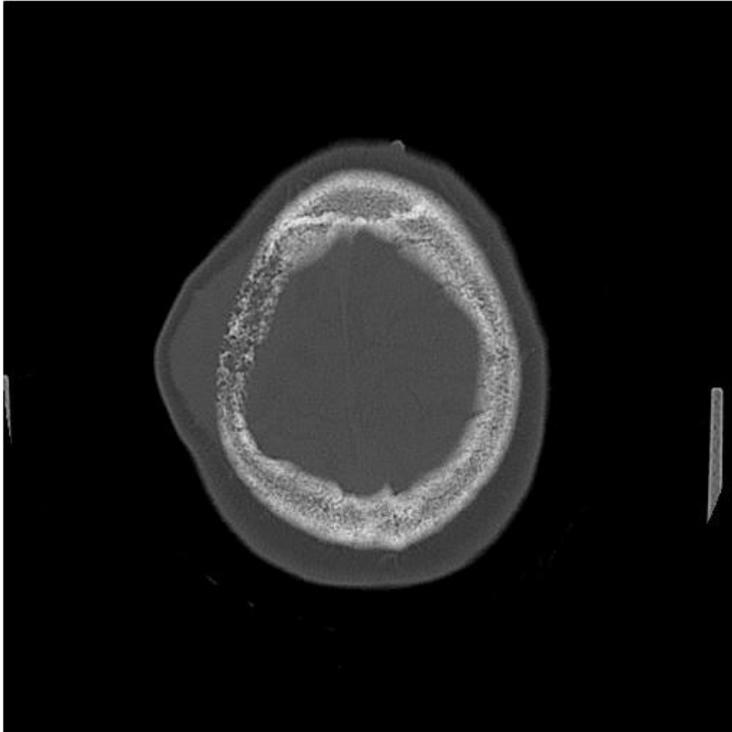


Figura 2. Reconstrucción 3D de TAC craneal, que muestra lesión apolillada en calota craneal.

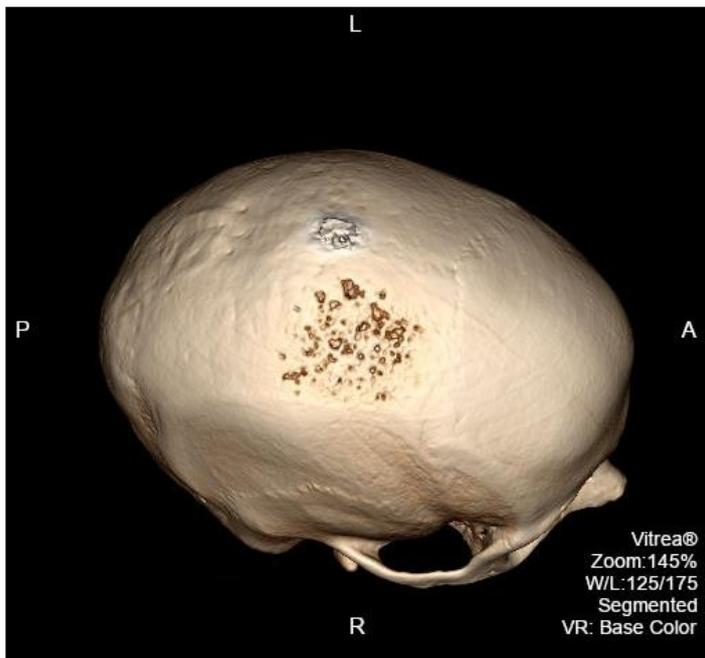
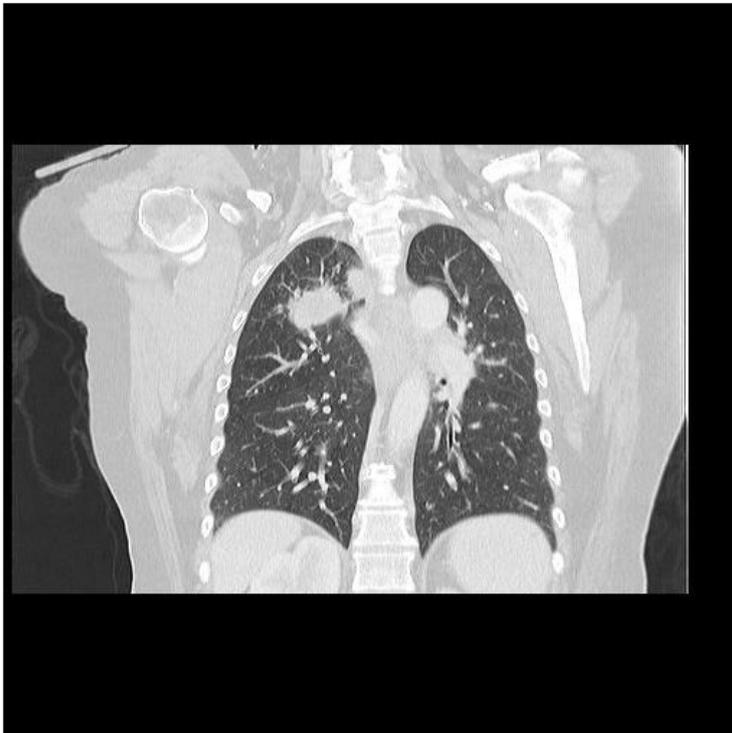


Figura 3. Lesión ocupante de espacio en lóbulo superior derecho compatible con neoplasia pulmonar



DISCUSIÓN

El quiste triquilemal o triquilémico es un motivo de consulta frecuente en las UCIMA¹. Se trata de una lesión que aparece cuero cabelludo, nodular, de consistencia firme y no adherida a planos profundos. Es una lesión benigna pero puede crecer e incluso romperse, siendo entonces muy dolorosa.

El diagnóstico diferencial inicial del quiste triquilémico debe realizarse con hidradenoma de células claras, cilindroma y lipoma².

En el caso que la exploración física lleve a sospechar adherencia a hueso craneal o afectación del mismo se deben solicitar exploraciones complementarias.

Dentro de las neoplasias craneales, las metástasis son las más frecuentes. Aunque prácticamente cualquier localización primaria es capaz de provocar lesiones en cráneo, las más frecuentemente descritas con éste fenómeno son pulmón, mama, tiroides, próstata y riñón³.

CONCLUSIÓN

El quiste triquilemal es un motivo de consulta frecuente en las UCIMA pero siempre se debe realizar una buena anamnesis y exploración física para realizar un buen diagnóstico diferencial.

BIBLIOGRAFÍA

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