

No toda patología amigdalar es amigdalitis aguda.

Autores: Golpe Sánchez, Antonio Miguel; Varela Estévez, María José; Toscano Rivera, Mar; García-Verdugo Jiménez-Eguizabal, Nerea; Fernández-Domínguez, María José.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de células de Merkel es un tumor raro, pero con una incidencia en aumento, alcanzando 0.79 casos por 100.000 habitantes-año. Presenta altas tasas de recurrencia local y metástasis, con una supervivencia a 5 años entre un 51 % para enfermedad local y un 14 % para enfermedad metastásica. Presentamos un caso de Carcinoma de células de Merkel diagnosticado inicialmente como una amigdalitis aguda

CASO CLÍNICO

Motivo de consulta: Tos, expectoración y odinofagia.

Antecedentes Personales: NAMC. Ex-fumador desde hace 30 años, bebedor de dos tercios de cerveza al día. Adenocarcinoma tipo intestinal de recto pT2pN0 en 2010, intervenido. Metástasis inguinal derecha de carcinoma de células de Merkel en 2021.

Anamnesis: Paciente varón de 62 años que acude a consulta por tos con expectoración blancoverdosa y odinofagia sin fiebre. A la exploración se aprecia amígdala derecha con exudado blanquecino (imágenes 1 y 2), por lo que inicialmente se sospecha una amigdalitis aguda, tratándose con amoxicilina y se cita en una semana por mal aspecto de la amígdala. A la semana, persiste amígdala de mal aspecto con tejido de granulación acompañado de una adenopatía dura adherida a planos profundos en región laterocervical izquierda-supraclavicular.

En el diagnóstico diferencial se incluye: absceso amigdalor, amigdalitis crónica, amigdalitis aguda, infecciones micóticas, enfermedades granulomatosas y tumores de vías aerodigestivas.

Se deriva a otorrinolaringología a través de la vía rápida, quienes solicitan una biopsia y un TAC cervical. Los resultados de la biopsia muestran una infiltración por carcinoma neuroendocrino compatible inmunohistoquímicamente con metástasis de un carcinoma de Merkel. El TAC muestra una lesión/masa amigdalor, con adenopatías patológicas cervicales. Se completa el estudio con un TAC abdominopélvico y RM de SNC y columna tres segmentos, en los cuales se ven una lesión pancreática de probable origen metastático y extensa afectación ganglionar e implantes abdominales y metástasis hipotalámica, a nivel del recorrido de cisternas del trigémino derecho, meníngea, en cuarto ventrículo y leptomeníngeas en cola de caballo.

Diagnóstico: Tumor de células de Merkel metastático.

-Tratamiento y evolución: el paciente presentó mala evolución con deterioro neurológico progresivo, por lo que desde consultas externas se decidió ingreso en oncología médica para tratamiento con RT holocraneal y en segmento medular D12-S2, acompañado de tratamiento sintomático. La evolución fue mala, causando exitus.



IMAGEN 1



IMAGEN 2

DISCUSIÓN

Se trata de un paciente diagnosticado previamente de un tumor de células de Merkel que presenta una recidiva del mismo con enfermedad diseminada. En este caso el síntoma inicial se limitó a la esfera ORL con una sintomatología inespecífica que motivó el diagnóstico inicial de amigdalitis aguda. La evolución posterior desfavorable motivó su derivación a atención especializada donde se obtuvo el diagnóstico definitivo. La conclusión es que no toda patología amigdalor es amigdalitis aguda, aunque este sea el diagnóstico más frecuente en periodo de cuadros de IRVA como es diciembre-enero, siempre hay que considerar la posibilidad de otras patologías menos frecuentes.