

CASO CLÍNICO 2

OTALGIA REFLEJA EN UN CARCINOMA DE AMÍGDALA

DRES. ARJONA MONTILLA C, GARCÍA GIRALDA M, SÁNCHEZ ROZAS JA. HOSPITAL COMARCAL DE BAZA (GRANADA).

La otalgia o dolor de oído se produce por la estimulación dolorosa de las terminaciones nerviosas del propio oído, denominada otalgia primaria, o en una localización anatómica diferente, denominada otalgia refleja.

La sensibilidad dolorosa en el oído se recoge a través de ramas de los pares craneales V, VII, IX y X y los nervios cervicales C1, C2 y C3. Cualquier estímulo doloroso recogido a través de ellos puede ser percibido como dolor en oído. Existe una conocida asociación entre otalgia y cáncer (hasta el 19% según diversos estudios).

La historia clínica debe abarcar una cuidadosa revisión de la sintomatología otológica, alteraciones de la deglución, alteraciones rinosinusales, síndromes dolorosos cervicofaciales (mialgias, neuralgias, artritis), antecedentes traumáticos y estado cardiopulmonar.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 54 años que consulta desde atención primaria por molestias de garganta, odinofagia y otalgia en el oído izquierdo desde hace 2 meses. Con antecedentes de alergia a penicilina, diabetes, hepatitis B antigua, pancreatitis crónica, hepatopatía crónica enólica, fumador.

Cinco meses antes había sido visto en nuestra consulta por molestias de garganta y disfonías variables, la fibroscopia naso-laríngea fue normal. En la exploración actual se aprecia lesión neoplasia ulcerada de polo superior de amígdala izquierda, no se aprecian adenopatías en la palpación cervical. Se toma una biopsia y se pide TAC de cuello y tórax.

Se realiza una amigdalectomía izquierda preferente (figura 1), disecando con bisturí eléctrico parte del paladar. El resultado de anatomía patológica confirma el diagnóstico: carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, con tamaño tumoral 1,7x1,3 cm el tumor infiltra músculo estriado y contacta con el límite quirúrgico.



FIGURA 1: Vista del cáncer de amígdala izquierda antes de realizar la amigdalectomía.

El informe del TAC de cuello y tórax: múltiples adenopatías en cadena yugulo-carotídeas bilaterales, las mayores de 24 mm izquierdas y de 21 mm derechas de eje mayor. No hay signos de recidiva local. En el pulmón se aprecia una tumoración como nódulo espiculado en el lóbulo inferior derecho que dado el antecedente de cáncer de amígdala izquierda se considera metastásico. El paciente es derivado a la comisión oncológica, para valoración por cirugía torácica.

DISCUSIÓN

En ausencia de hallazgos exploratorios en oído, se debe considerar la posibilidad de neuralgias reflejas. Todo dolor irradiado de faringe al oído, igual que una ronquera en un fumador mientras no se de-

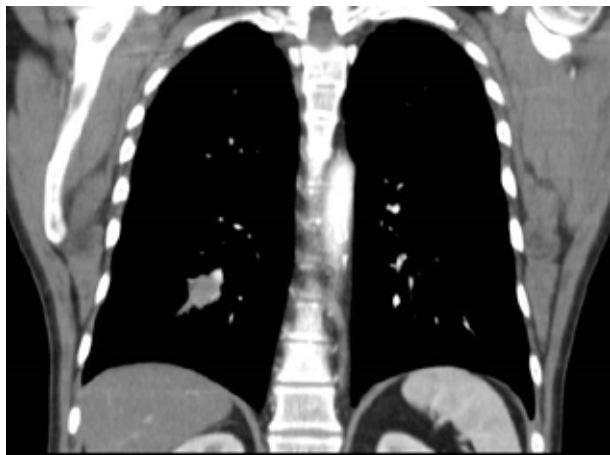


FIGURA 2: Corte coronal tomográfico, donde se observa la lesión en pulmón derecho.

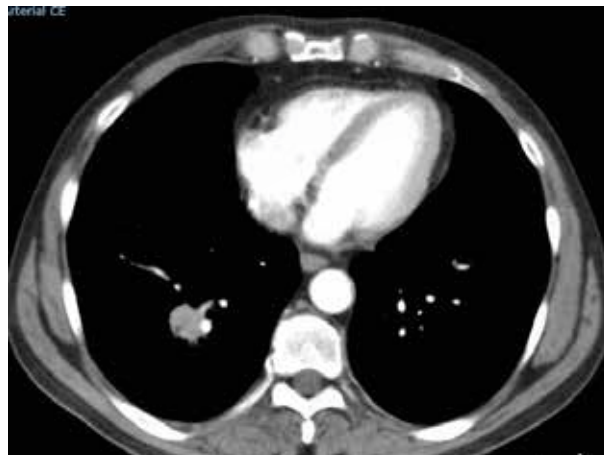


FIGURA 3: Corte axial tomográfico a nivel del nódulo pulmonar.

muestre lo contrario es una neoplasia, por lo que el médico general debe enviarlo preferente y no esperar a una cita normal.

La amígdala palatina es la localización más frecuente del cáncer de la orofaringe, representando alrededor del 40% de los casos. Presenta factores de riesgo bien conocidos, como el fumar y la ingesta de alcohol. Clínicamente pueden pasar desapercibidos durante mucho tiempo y debutar con un nódulo metastático en cuello de origen desconocido. Con el avance de la enfermedad aparece dolor al tragar, otalgia refleja. Aparte de la cirugía, respon-

den muy bien a la radioterapia y a la combinación de radio y quimioterapia.

El pronóstico de estos tumores es malo y las respuestas completas con supervivencia a 5 años no pasa del 40 al 50%. A esto tenemos que sumar que al tratarse de pacientes fumadores y bebedores intensos en un 5 a 10% de los casos presentan un segundo primario, generalmente en pulmón.

BIBLIOGRAFÍA

-Quiróz Cabrera JV. Cáncer de amígdala palatina. Estudio clínico epidemiológico de 39 pacientes. Periodo 1994 - 2008 An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción) / Vol XLII - N° 2, 2009.

-González MJ, Pérez M, Poch J. Estudio retrospectivo del cáncer de región amigdalina. Acta Otorrinolaring Esp 1997; 48: 461-466.

-Al Abdulwhed S, Kudryk W, al Rajhi N, Hanson J, Jenkins H, Gaedke H, Jha N. Carcinoma of the tonsil: prognostic factors. J Otolaryngol 1997; 26: 296-299.

-Mak Kregar S, Hilgers FJ, Levendag PC, Manni JJ, Lubsen H, Roodenburg JL, van der Beek JM, van der Meij AG. A nationwide study of the epidemiology, treatment and survival of oropharyngeal carcinoma in The Netherlands. Eur Arch Otorhinolaryngol 1995; 252: 133-138.

-Foote RL, Thompson WM, Buskirk SJ, Olsen KD, Stanley RJ, Kunselman SJ, Schaid DJ, Grill JP. Tonsil cancer. Patterns of failure after surgery alone and surgery combined with postoperative radiation therapy. Cancer 1994; 73: 2638-2647.

-Wang MB, Kuber N, Kerner MM, Lee SP, Juilliard GF, Abemayor E. Tonsillar carcinoma: analysis of treatment results. J Otolaryngol 1998; 27: 263-269.

-Hicks WL, Kuriakose MA, Loree TR, Orner JB, Schwartz G, Mullins A, Donaldson C, Winston JM, Bakamjian VY. Surgery versus radiation therapy as single-modality treatment of tonsillar fossacarcinoma: the Roswell Park Cancer Institute experience (1971-1991). Laryngoscope 1998; 108: 1014-1019.