

CASO CLÍNICO: MASA CERVICAL



SESIÓN DOCENTE | PRESENTACIÓN DE CASO | ABRIL DE 2026
PONENTE: DR. JESÚS ERNESTO RODRÍGUEZ GARCÍA

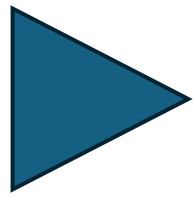
HISTORIA CLÍNICA:



Historia actual

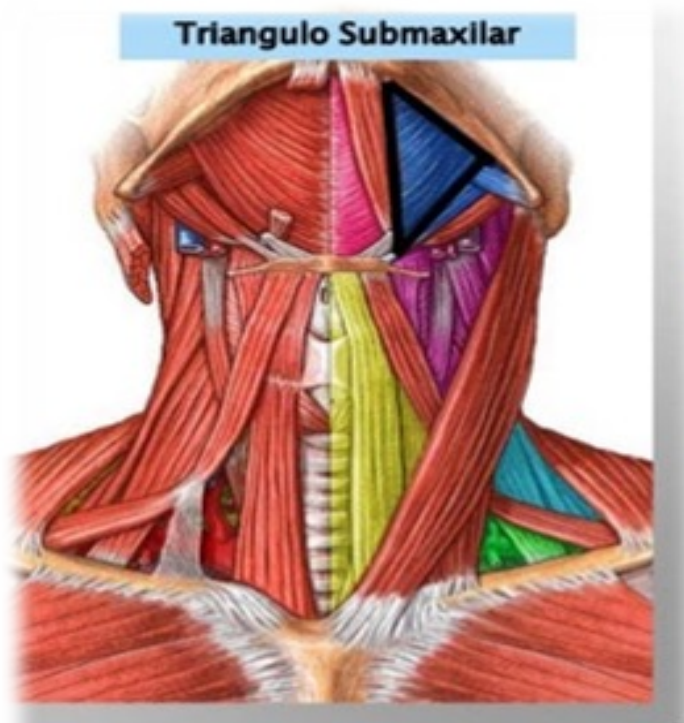
- Mujer de 72 años Molestias cervicales de 3 meses.
 - Tres semanas antes de la consulta se nota un bulto en **región laterocervical derecha**.
 - No fiebre.
 - Dolor ocasional y *algún episodio de dificultad para tragar que no se ha vuelto a repetir desde que estuvo la última vez en Urgencias y le administraron urbason.*
 - Sudoración (no obliga a cambio de ropa)
 - No palpitaciones
 - No hiporexia ni pérdida de peso.
 - Si astenia
- Fiebre inexplicada $>38\text{ }^{\circ}\text{C}$.
 - Sudores nocturnos profusos.
 - Pérdida de peso involuntaria $>10\%$ en 6 meses.





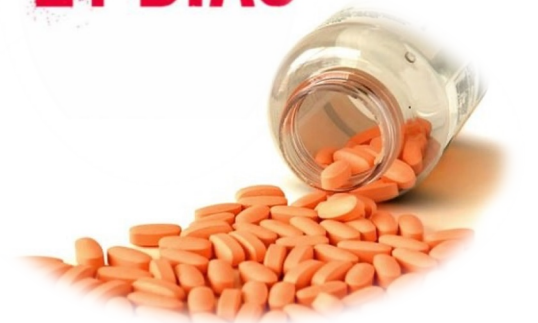
Triángulo submandibular:

Limitado caudalmente por los vientres anterior y posterior del músculo digástrico y por la mandíbula cranealmente.



- Ganglios
- Glándula salivar submaxilar
- Polo inferior de la parótida
- Vasos sanguíneos

21 DÍAS



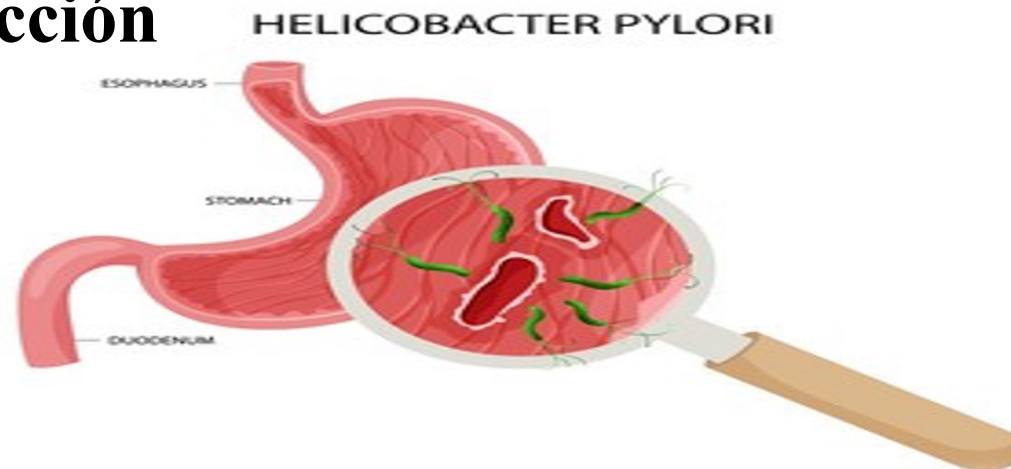
HISTORIA CLÍNICA:

AP:

- No AMC. No hábitos tóxicos. Cocinera. No Animales
- No HTA. Glucemia basal alterada. Hipertrigliceridemia.
- Hipotiroidismo.
- Diverticulosis colónica.
- **Gastropatía crónica a raíz de infección por H.pilory**

AF: Ca colon y Ca mama.

AP: Gastropatía crónica a raíz de infección



AF: Ca colon y Ca mama.



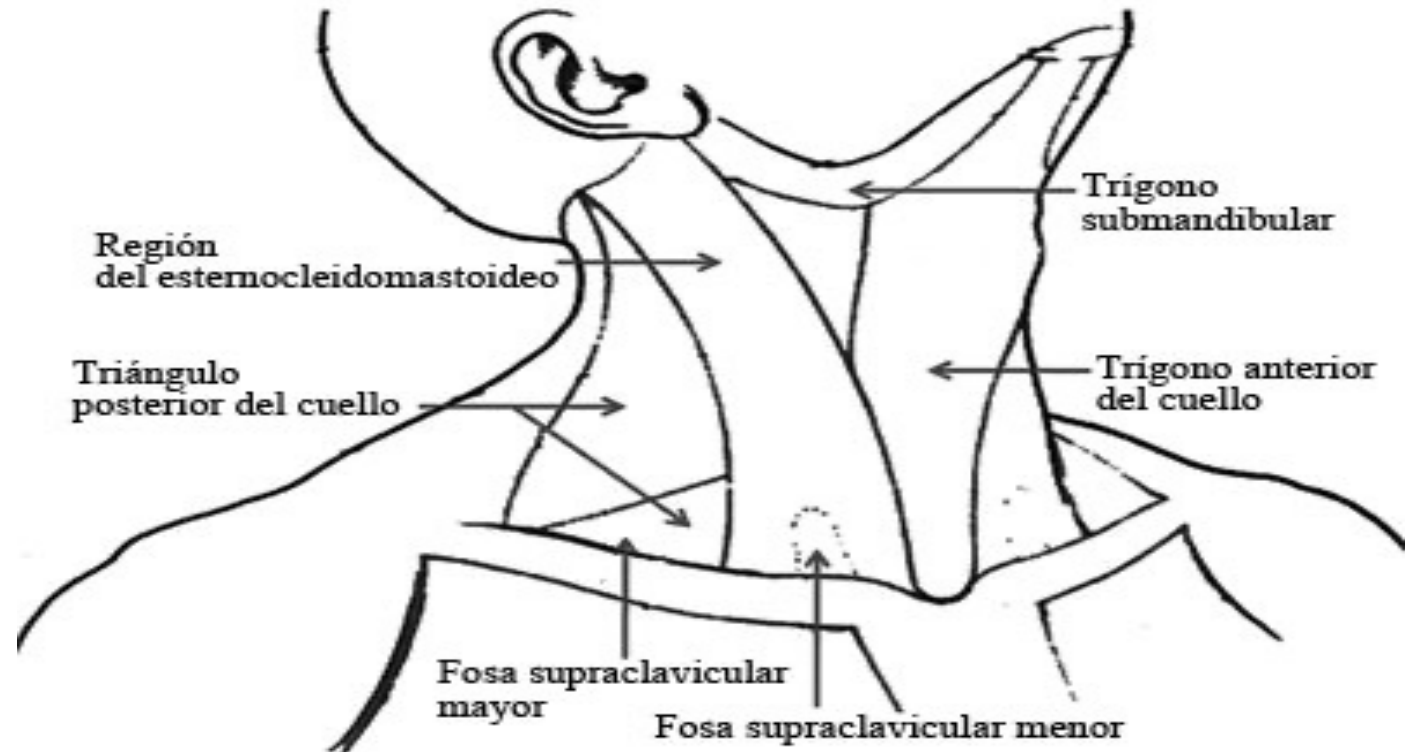
Síndrome de cáncer gástrico difuso hereditario



HISTORIA CLÍNICA:

Exploración física

- Tumorción submaxilar derecha, no dolorosa a la palpación, de unos 3 cm, dura, no claramente adherida a planos profundos.
- No signos flogóticos



MASA CERVICAL

infeccioso

S. aureus *F. hemolítica*
Bartonella
Mycobacterias

- Calor / eritema
- Dolor a la palpación
- Signos de inflamación sistémica.

> frecuente: 16-40 años

inflamatorio

Virus

- Autolimitado
- Resolución espontánea

- ▶ ≥ 2 semanas
- ▶ > 1.5 cm
- ▶ No doloroso
- ▶ > 40 años
- ▶ Asociado a TBQ/OH.
- ▶ Inmunosupresión
- ▶ Síntomas B
- ▶ Alteraciones en la voz
- ▶ Disfagia
- ▶ Úlcera oral / faríngea
- ▶ Absceso

trauma

- Hematoma
- Neuroma post sección nerviosa
- Antecedente de trauma



Examen físico:

- Sensibilidad
- Consistencia
- Inspección cavidad oral
- Número de nodulos
- Tamaño
- Ubicación
- Relación con planos
- Inspección piel y cuero cabelludo.

congénito

- Quiste tirogloso
- Piestas tímicas
- Quiste dermoide

> frecuente: < 16 años

neoplasia

- > 1.5 cm
- Consistencia petrea
- Indolora
- Adherido a planos profundos
- Bordes irregulares

> frecuente: > 40 años



Estudio:
★ Eco cervical
TAC cervical
RMN
PET-CT



Metástasis:

- Pulmón
- Mama
- Linfoma
- Cáncer ginecológico
- Neoplasias gastrointestinales.
- Páncreas

Resumen Analítica

Hemograma :

Leucocitos 10.000 (fórmula normal), Hb 14.8, VCM 87, Plaquetas 288.000.

- VSG 5

Bioquímica

- LDH 244
- Función renal/hepática normal
- TSH 0.14 → *hipertiroidismo subclínico* x *levotiroxina*
- IgG, IgA, IgM normales

Marcadores Tumorales:

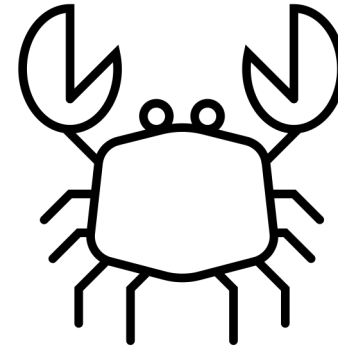
Beta2mg 2.85, CEA 1.59, Ca 12.5 5.4, Ca 19.9 41.4, AlfaFP 2.3, Ca 72.4 10, NSE 4.4, SCC 2.2



Componente monoclonal IgA lambda en zona gamma temprana .

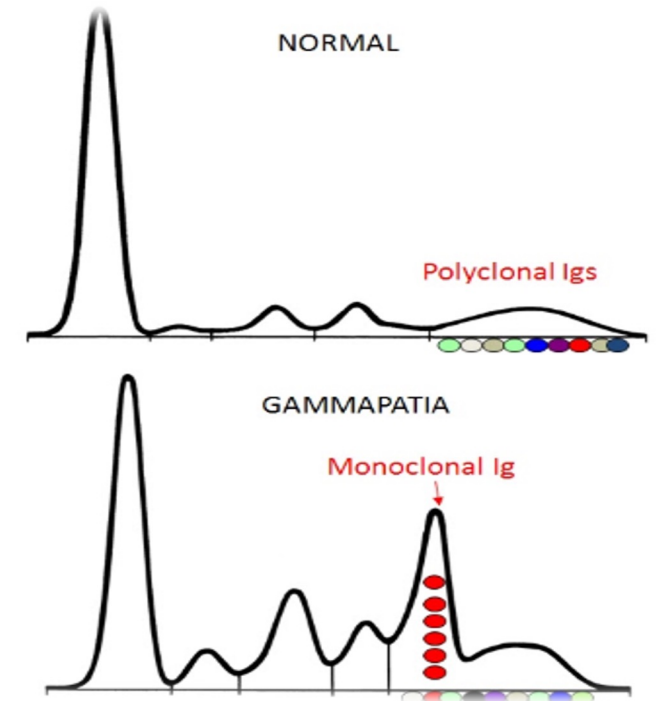
Cadenas ligeras libres: Kappa 33.6, Lambda 73.6 → Cociente K/L 0.46

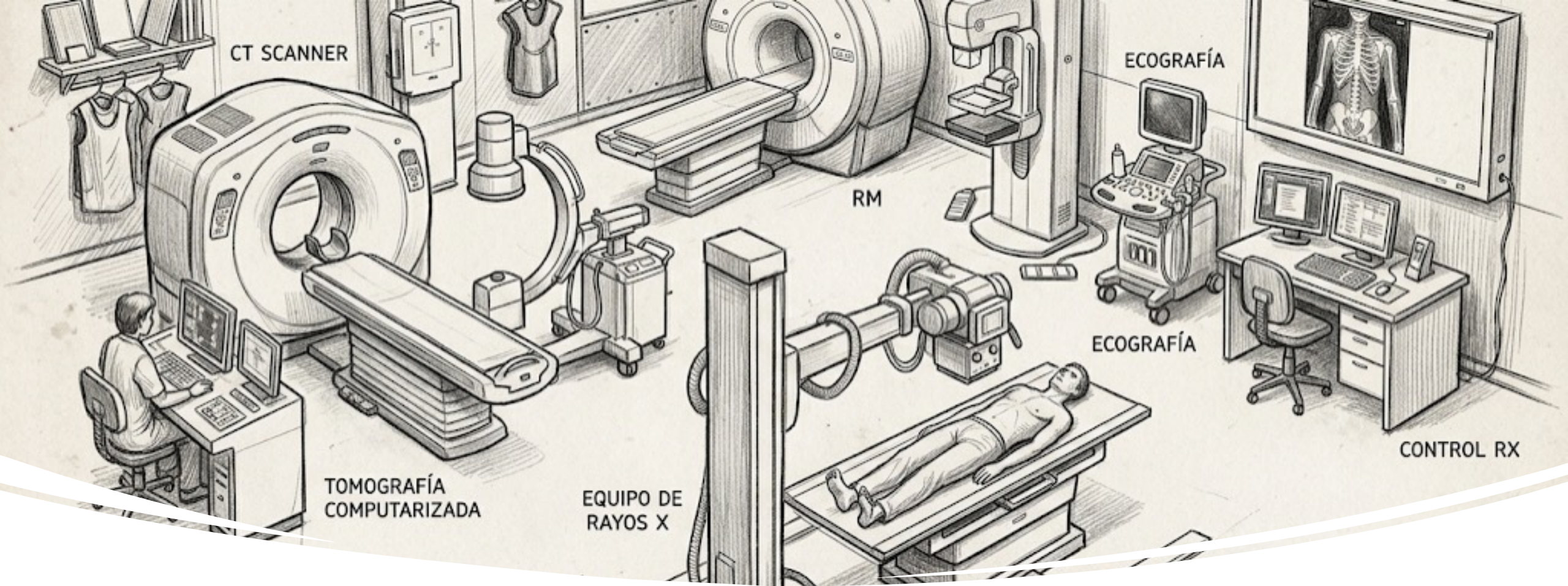
Gammapatía monoclonal IgA lambda.



No sabemos aún si:

- GMSI
- Mieloma indolente
- Mieloma activo
- Amiloidosis AL
- Linfoma con componente monoclonal





• Radiodiagnóstico

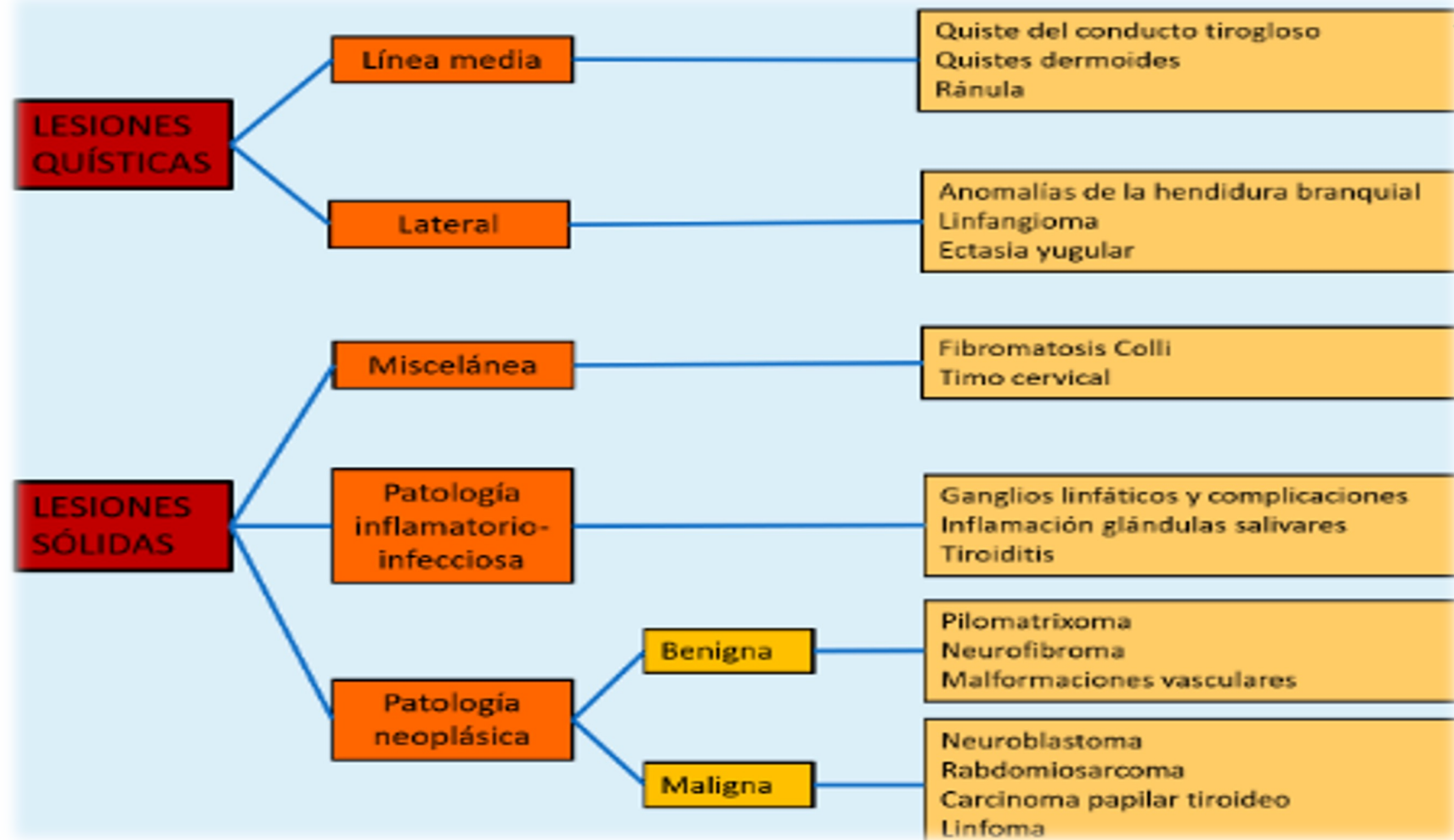


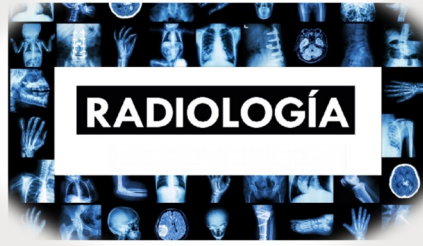
Ecografía





- Nódulo heterogéneo
- 3.6 × 2.1 cm
- No depende de glándulas salivales
- Sugiere **adenopatía tumoral**

TAC cervico-toraco-abdominal

- Masa única, 3.2 × 2.4 cm
- Captación intensa de contraste
- No ganglionar
- No hay adenopatías en ningún otro territorio
- No lesiones pulmonares, hepáticas, abdominales
- Tiroides atrófica



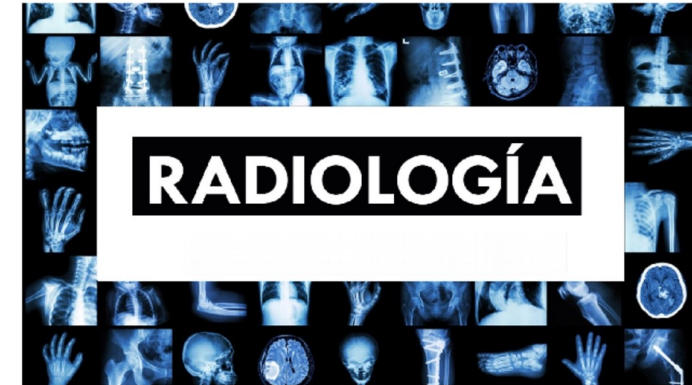


- **Neuroblastoma** -Tumor sólido extracraneal más frecuente en la infancia; edad: mayoría <5 años; cuello: <5% de los casos. Imagen: **masa heterogénea con calcificaciones** (~80%). Prueba útil: *gammagrafía I-123 MIBG*.
- **Rabdomiosarcoma** - Neoplasia maligna de partes blandas más común en pediatría; ~40% en cabeza y cuello. Curso: tumor agresivo, **crecimiento rápido e invasión local**.

- **Linfoma** - Presenta adenopatías no dolorosas; ecografía: ganglios redondeados, hipoecoicos, sin hilio.

- **Carcinoma papilar de tiroides** - Suele presentarse como **nódulo sólido palpable** con **adenopatías cervicales frecuentes**; puede metastatizar a distancia pero tiene muy buen pronóstico.

El radiólogo sugiere:

Ecografía	Masa bien definida hipoeoica
TC sin contraste iv.	Hipo o isodenso
TC con contraste iv.	Realce variable

1. Tumores adiposos.
2. Tumores fibroblásticos/miofibroblásticos.
3. Tumores llamados fibrohistiocíticos.
4. Tumores vasculares.
5. Tumores pericíticos (perivasculares).
6. Tumores de músculo liso.
7. Tumores de músculo esquelético.
8. Tumores del estroma gastrointestinal.
9. Tumores condro-óseos.
10. Tumores periféricos de la vaina de los nervios.
11. Tumores de diferenciación incierta.
12. **Sarcomas indiferenciados de células redondas pequeñas del hueso y de tejidos blandos.**



- Schwannoma

- Tumor de partes blandas

- Tumor salivar ectópico

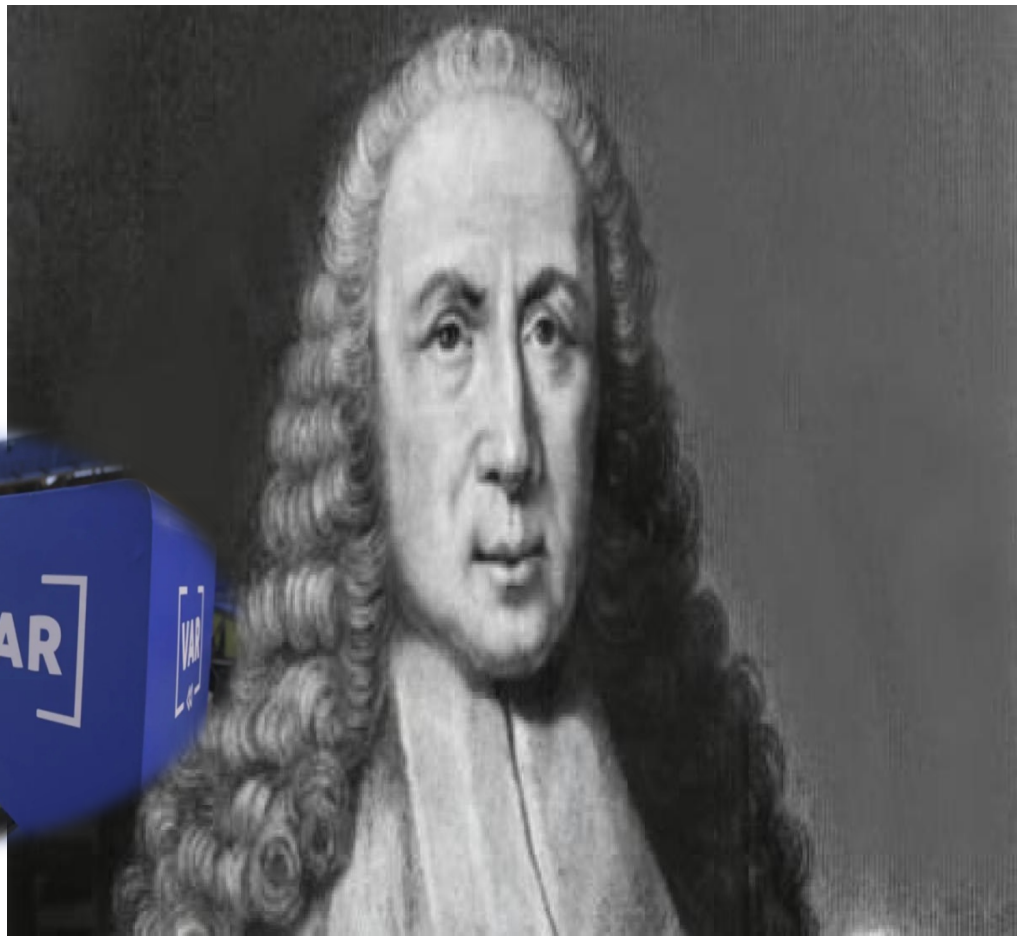
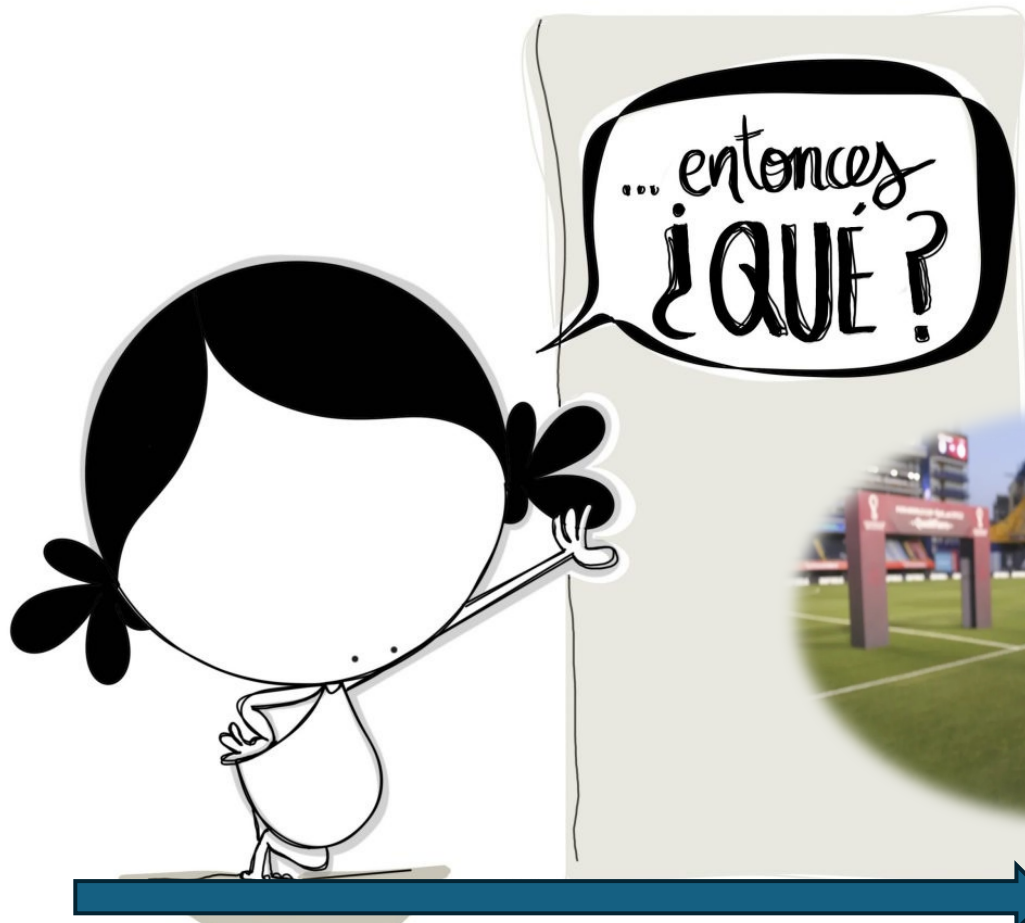
Adenoma pleomorfo



- Adenopatía tumoral atípica

Consistencia dura
No móvil/Adherido
Indoloro
Crecimiento progresivo
No respuesta a tratamiento antibiótico
Síntomas sistémicos

Aumento del tamaño
Morfología redondeada
Pérdida del hilio graso
Parénquima muy hipoeoico
Tendencia a la conglomeración
Necrosis sin afectación periganglionar > con afectación periganglionar (peor pronóstico)
Doppler espectral: IR alto



DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES



Tumor de partes blandas (sarcoma de tejidos blandos)

Schwannoma / neurofibroma

Tumor salivar ectópico



Metástasis ganglionar de carcinoma oculto

Linfoma

Ganmapatías monoclonales



- Navaja de Ockham

-
- Dictamen de Hickam



Interesante

- **Gammapatía monoclonal IgA lambda.**



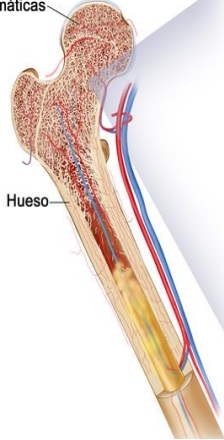
- **Masa cervical, origen poco claro.**

Gammapatía monoclonal	Tipo
Gammapatía monoclonal de significado incierto	Pueden ser idiopáticas/primarias (hallazgo) o secundarias (posible asociación etiopatogénica con enfermedades tumorales, autoinmunes, infecciones crónicas)
Gammapatías monoclonales malignas	Mieloma múltiple y sus variantes: <ul style="list-style-type: none">✓ Mieloma quiescente (<i>smoldering</i>: asintomático)✓ Mieloma no secretor✓ Mieloma sintomático✓ Mieloma osteoesclerótico (POEMS)✓ Leucemia de células plasmáticas✓ Plasmocitoma solitario (óseo o extramedular)✓ Plasmocitomas solitarios múltiples
	Macroglobulinemia de Waldenström
	Amiloidosis primaria
	Enfermedad de cadenas pesadas

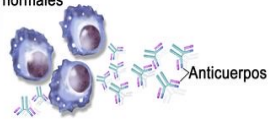


Gammopatías Monoclonales

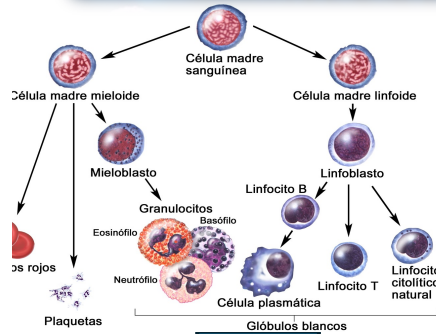
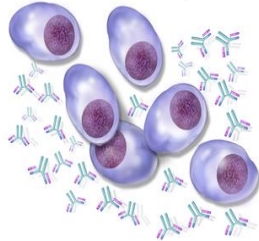
Médula roja donde se elaboran las células plasmáticas



Células plasmáticas normales

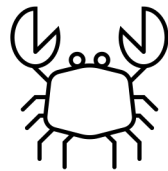


Células de mieloma múltiple (células plasmáticas anormales)



Plasmocitoma extramedular

AUSENCIA



- **La medicina es una ciencia de la incertidumbre y un arte de la probabilidad.”**



CASO CLINICO

8- abril-2026

Dr Jesús E. Rodriguez García
Dra Belén Blanco Iglesias

BIOPSIA CON AGUJA GRUESA (BAG)

- HALLAZGOS COMPATIBLES CON PLASMOCITOMA

MEDULA OSEA: sin proliferación de c. plasmáticas

PET-TAC sin captación a distancia

The image shows a histological section of tissue stained with hematoxylin and eosin (H&E). The tissue is densely packed with large, round to oval cells. These cells have a characteristic appearance: a large, eccentric, darkly stained nucleus (hyperchromatic) with a prominent nucleolus, and a pale, foamy or vacuolated cytoplasm. The cells are arranged in a somewhat disorganized pattern, typical of a neoplastic process. The overall appearance is consistent with a plasmocytoma, specifically an extramedullary solitary plasmocytoma.

Plasmocitoma Extramedular Solitario

PLASMOCITOMA EXTRAMEDULAR

- Neoplasia de células plasmáticas: producción monoclonal de Ig
 - Lesión múltiple (mieloma múltiple)
 - Lesión única (plasmocitoma solitario)
 - Oseo (+ frec)
 - Tejidos blandos (P. extramedular)
-

PLASMOCITOMA EXTRAMEDULAR SOLITARIO

Neoplasia de células plasmáticas no ósea y única, en ausencia de cualquier otro signo de mieloma múltiple

Frecuente en cabeza y cuello (cavidad nasal, senos paranasales, fosa amigdalina y laringe)

Otras: Tejido conectivo, Tracto gastrointestinal, hígado, ganglios linfáticos, piel, pulmón, mama...

Epidemiología

Representa ~3% de neoplasias de cél. plasmáticas

Incidencia: 0.10/100,000/año

Edad media: 55-60 años

Predomina en varones (2/3)

Presentación clínica

- Síntomas según localización.
 - Tracto respiratorio superior (45-80%):
Epistaxis, rinorrea, obstrucción nasal.
 - Ausencia de datos sugerentes de mieloma
 - Ausencia de daño orgánico (sin anemia, daño renal, hiperCa⁺⁺)
 - Sin biomarcadores de MM (médula ósea, FCL)
-



Evaluación diagnóstica

- Analítica completa.
 - Electroforesis en orina de 24 horas.
 - Biopsia.
 - Estudio médula ósea.
 - PET/TC o RM.
-

Diagnóstico

- Tumor extramedular confirmado por biopsia.
 - Sin otras lesiones (PET/TAC).
 - Médula ósea normal o <10% células plasmáticas PS con mínima afectación de m.o
 - Sin daño orgánico.
 - Algunos pacientes pueden tener una pequeña proteína monoclonal, generalmente IgA, en suero o la orina, con un cociente de cadenas ligeras normal
-



Diagnóstico diferencial

- Mieloma múltiple
 - Macroglobulinemia de Waldenström
 - Otras neoplasias
-

International Myeloma Working Group diagnostic criteria and classification for monoclonal gammopathy of undetermined significance and related plasma cell disorders

	Definition	Progression rate	Primary progression events
Non-IgM monoclonal gammopathy of undetermined significance	<p>Serum monoclonal protein (non-IgM type) <30 g/L</p> <p>Clonal bone marrow plasma cells <10%*</p> <p>Absence of end-organ damage such as hypercalcemia, renal insufficiency, anemia, and bone lesions (CRAB) or amyloidosis that can be attributed to the plasma cell proliferative disorder</p>	1% per year	Multiple myeloma, solitary plasmacytoma, immunoglobulin-related amyloidosis (AL, AHL, AH)
IgM monoclonal gammopathy of undetermined significance	<p>Serum IgM monoclonal protein <30 g/L</p> <p>Bone marrow lymphoplasmacytic infiltration <10%</p> <p>No evidence of anemia, constitutional symptoms, hyperviscosity, lymphadenopathy, hepatosplenomegaly, or other end-organ damage that can be attributed to the underlying lymphoproliferative disorder</p>	1.5% per year	Waldenström macroglobulinemia, immunoglobulin-related amyloidosis (AL, AHL, AH)
Light-chain monoclonal gammopathy of undetermined significance	<p>Abnormal FLC ratio (<0.26 or >1.65)</p> <p>Increased level of the appropriate involved light chain (increased kappa FLC in patients with ratio >1.65 and increased lambda FLC in patients with ratio <0.26)</p> <p>No immunoglobulin heavy chain expression on immunofixation</p> <p>Absence of end-organ damage such as hypercalcemia, renal insufficiency, anemia, and bone lesions (CRAB) or amyloidosis that can be attributed to the plasma cell proliferative disorder</p> <p>Clonal bone marrow plasma cells <10%</p> <p>Urinary monoclonal protein <500 mg/24 hours</p>	0.3% per year	Light chain multiple myeloma, immunoglobulin light-chain amyloidosis
Solitary plasmacytoma	<p>Biopsy-proven solitary lesion of bone or soft tissue with evidence of clonal plasma cells</p> <p>Normal bone marrow with no evidence of clonal plasma cells</p> <p>Normal skeletal survey and MRI (or CT) of spine and pelvis (except for the primary solitary lesion)</p> <p>Absence of end-organ damage such as hypercalcemia, renal insufficiency, anemia, or bone lesions (CRAB) that can be attributed to a lymphoplasma cell proliferative disorder</p>	About 10% within three years	Multiple myeloma

Solitary plasmacytoma with minimal marrow involvement[¶]	<p>Biopsy-proven solitary lesion of bone or soft tissue with evidence of clonal plasma cells</p> <p>Clonal bone marrow plasma cells <10%</p> <p>Normal skeletal survey and MRI (or CT) of spine and pelvis (except for the primary solitary lesion)</p> <p>Absence of end-organ damage such as hypercalcemia, renal insufficiency, anemia, or bone lesions (CRAB) that can be attributed to a lymphoplasma cell proliferative disorder</p>	60% (bone) or 20% (soft tissue) within three years	Multiple myeloma
POEMS syndrome^Δ	<p>Polyneuropathy</p> <p>Monoclonal plasma cell proliferative disorder (almost always lambda)</p> <p>Any one of the following three other major criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> Sclerotic bone lesions Castleman's disease Elevated levels of VEGFA[◇] <p>Any one of the following six minor criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> Organomegaly (splenomegaly, hepatomegaly, or lymphadenopathy) Extravascular volume overload (edema, pleural effusion, or ascites) Endocrinopathy (adrenal, thyroid, pituitary, gonadal, parathyroid, pancreatic)[§] Skin changes (hyperpigmentation, hypertrichosis, glomeruloid hemangiomas, plethora, acrocyanosis, flushing, white nails) Papilledema Thrombocytosis/polycythemia 	NA	NA
Systemic AL amyloidosis[‡]	<p>Presence of an amyloid-related systemic syndrome (eg, renal, liver, heart, gastrointestinal tract, or peripheral nerve involvement)</p> <p>Positive amyloid staining by Congo red in any tissue (eg, fat aspirate, bone marrow, or organ biopsy)</p>	NA	Some patients might develop multiple myeloma

Tratamiento

Radioterapia
(40-50 Gy)

Cirugía en
lesiones
pequeñas

Quimioterapia:
no beneficio
claro.

Seguimiento

Control clínico y analítico cada 3 m los dos primeros años.

Estudio de imagen cada 6-12 meses/5 años.
PET/TC (elección)

Tratamiento de las recidivas

- Descartar progresión a mieloma.
 - Tratamiento individualizado (no hay consenso)
 - Recidiva local después de la cirugía sola puede tratarse con RT.
 - Recidiva local tras RT: resección quirúrgica o RT adicional.
 - Recaída no local (descartar progresión a MM): manejo individualizado con RT, Qx y/o QT
-

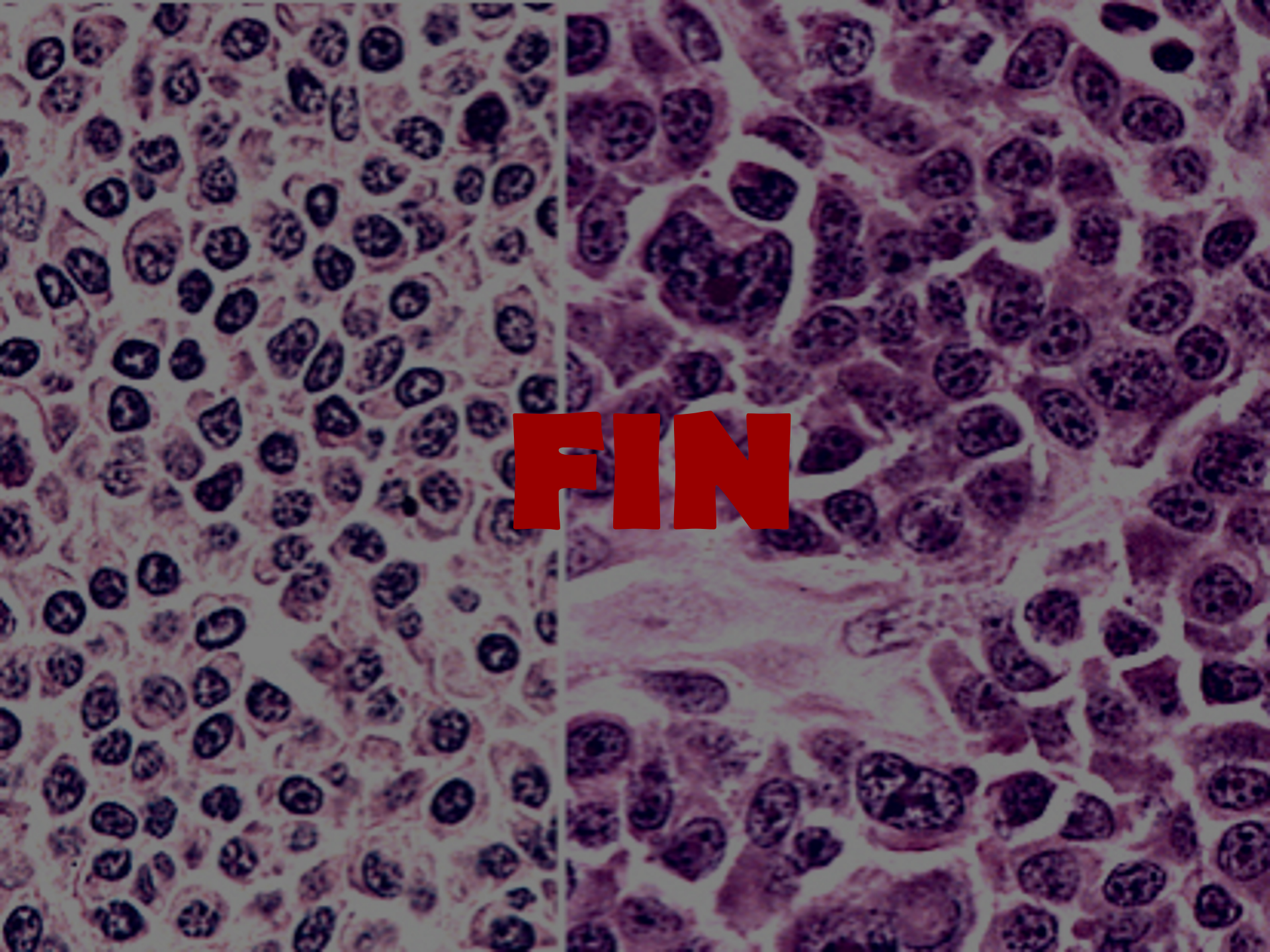
Pronóstico

Baja recurrencia local (<7%).

10-15% progresan a mieloma a los 3 años.

Supervivencia a 5 años: 40-85%.

Parecen tener mejor pronóstico los tumores de localización en área ORL que los que afectan a tejido conectivo



FIN