



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

“NECROSIS GANGLIONAR CERVICAL SECUNDARIA A NEOPLASIA”

Requisito previo para optar por el Título de Médico

Autor: Sánchez Barrionuevo, Rodrigo Sebastián

Tutor: Dr. Esp. Romo López, Ángel Geovanny

Ambato-Ecuador

Octubre, 2016

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema: “NECROSIS GANGLIONAR CERVICAL SECUNDARIA A NEOPLASIA” de Rodrigo Sebastián Sánchez Barrionuevo estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Septiembre del 2016.

EL TUTOR

.....
Dr. Esp. Romo López, Ángel Geovanny

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Graduación “NECROSIS GANGLIONAR CERVICAL SECUNDARIA A NEOPLASIA” como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de éste trabajo de grado.

Ambato, Septiembre de 2016

EL AUTOR

.....
Sánchez Barrionuevo, Rodrigo Sebastián

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este análisis de caso clínico o parte del mismo un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi análisis de Caso Clínico con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción de este caso clínico, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de Autor.

Ambato, Septiembre del 2016

EL AUTOR

.....
Sánchez Barrionuevo, Rodrigo Sebastián

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el informe de investigación sobre el tema: “NECROSIS GANGLIONAR CERVICAL SECUNDARIA A NEOPLASIA” de Rodrigo Sebastián Sánchez Barrionuevo estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Octubre del 2016

Para constancia firman

.....
PRESIDENTE/A

.....
1ER VOCAL

.....
2DO VOCAL

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado

A Dios quien me guía y da fortaleza en cada momento y me extiende su mano cuando me siento derrotado.

A mis padres que a pesar de las adversidades que se han presentado en este camino me han dado su apoyo incondicional.

A mi esposa quien más que mi compañera sentimental ha sido mi amiga y compañera, que ha permanecido a mi lado en cada etapa de este difícil proceso, que junto a mi hija se han convertido en mi fortaleza, me brindaron su paciencia y comprensión en los momentos en los que debí ausentarme de casa para cuidar pacientes y tratar de aliviar su sufrimiento.

Rodrigo Sebastián Sánchez Barrionuevo

AGRADECIMIENTO

A mis padres por brindarme su apoyo en todo este proceso a pesar de las adversidades y obstáculos que se fueron presentando, a mi madre que ha sido mi consejera y amiga incondicional que me impulsado a seguir adelante me ha enseñado a no dejarme vencer y seguir luchando por mis sueños

A mi amada esposa la mujer de mi vida que se convirtió en amiga y compañera la persona que sufrió y vivió a mi lado duros momentos, que estuvo a mi lado, apoyándome y aconsejándome en este difícil camino que me ayudo a conseguir este sueño me disculpó las noches y los días largos que debí alejarme de casa para pasar en el hospital lugar fabuloso donde conocí mucha gente hice amigos con los que formamos más que un grupo de trabajo un grupo de hermanos los cuales cada minuto buscamos ayudar a nuestros pacientes esperando escuchar un dios le pague doctor o doctora.

Ha mis maestros que me han regalado tiempo valioso para compartir sus enseñanzas y vivencias en este mundo maravilloso de la medicina donde uno conoce la alegría al ayudar a dar vida, el dolor al ver como una enfermedad daña el cuerpo y la tristeza al ver como la vida se desvanece.

De todo corazón gracias a todos ellos.

Rodrigo Sebastián Sánchez Barrionuevo

ÍNDICE GENERAL

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA:	vi
AGRADECIMIENTO:	vii
RESUMEN	x
1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 CÁNCER DE LARINGE.....	2
1.2 NECROSIS GANGLIONAR.....	3
1.2.1 Epidemiología	4
1.2.2 Factores de Riesgo	4
1.2.3 Patogenia.....	5
1.2.4 Diagnóstico	7
1.2.5 Tratamiento.....	9
2. OBJETIVOS.....	13
3. DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS:	14
4. DESARROLLO.....	15
4.1. DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO:	15
4.2. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO	20
4.2.1. Factores de riesgo biológicos	20
4.2.2 Estilos de vida.....	21
4.3. ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD:.....	22
4.3.1. Oportunidad en la solicitud de la consulta:	22

4.3.2.	Acceso a la atención médica:	22
4.3.3	Características de la atención:	23
4.3.4.	Oportunidades en la remisión:.....	24
4.3.5.	Trámites administrativos:.....	24
4.4.	IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS:.....	25
4.5.	CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA ..	27
5.	CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y PROACTIVA:	28
6.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30
7.	ANEXOS.....	34

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

“NECROSIS GANGLIONAR CERVICAL SECUNDARIA A NEOPLASIA”

Autor: Sánchez Barrionuevo, Rodrigo Sebastián

Tutor: Dr. Esp. Romo López, Ángel Geovanny

Fecha: Septiembre del 2016

RESUMEN

El presente caso corresponde a un paciente masculino, de 84 años de edad, nacido en Guaranda y residente en Ambato, casado, nivel de instrucción primaria, con antecedentes de hipertensión arterial, EPOC, Síndrome Coronario.

Paciente ingresado al servicio de ORL del Hospital IESS Ambato, por presentar disfonía progresiva, además de disnea de grandes esfuerzos, se acompaña de tos con expectoración amarillenta en moderada cantidad, ha recibido múltiples terapias antibióticas sin resolución de síntomas Refieren al servicio de Medicina Interna por hallazgos de adenopatías múltiples. Al examen físico ORL ligeramente eritematosa, se confirmó adenopatías en cadena supraclavicular derecha, no adenopatías axilares.

TAC de Cuello: se aprecia imagen linfonodal cervical derecha, con centro necrótico, mide 2,6 x 2,2 cm en localización infratiroidea.

TAC de Tórax: se aprecia moderado derrame pericárdico. Múltiples imágenes linfonodales con centro necrótico en todas las cadenas mediastínicas la mayor de las masas en región hiliar izquierda que se encuentra en íntimo contacto con vasos torácicos, inclusive envuelve el ramo pulmonar izquierdo.

Nasofibrolaringoscopia se evidencia presencia de eritema a nivel de región supra glótica, con presencia de aumento de vascularización, además se observa

desplazamiento de misma a derecha, parálisis latero medial de aritenoides, cuerda vocal y banda ventricular izquierda, pliegue arietenoepiglotico tenso presencia de abundante secreción.

El paciente es transferido a Unidad Oncológica por presentar cuadro compatible con masa anexial en cadena ganglionar. Se analiza el estado clínico, evolución, tratamiento, pronóstico, así como también los puntos críticos en la atención del paciente y se plantea lineamientos de mejora.

PALABRAS CLAVES: GANGLIOS, NECROSIS, ARIENOIDES, ARIETENOEPIGLOTICO, LINFONODALES.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

MEDICINE CAREER

**"CERVICAL LYMPH NODE NECROSIS SECONDARY TO
NEOPLASIA"**

CASE ANALYSIS

Author: Sánchez Barrionuevo, Rodrigo Sebastián

Tutor: Dr. Esp. Romo López, Ángel Geovanny

Date: September 2016

SUMMARY

This case corresponds to a male patient, 84 years old, born in Guaranda and Ambato resident, married, primary education level, with a history of hypertension, COPD, coronary syndrome.

Patient admitted to the ENT service of Hospital IESS Ambato, with progressive dysphonia, in addition to dyspnea great efforts, accompanied by cough with yellow sputum in moderate amounts, it has received multiple antibiotic therapy without resolution of symptoms regarding the service of Internal Medicine multiple findings of lymphadenopathy. At slightly erythematous ORF physical examination, lymphadenopathy was confirmed in right supraclavicular chain, no axillary lymphadenopathy.

TAC Neck: cervical lymph nodal image shown right, with necrotic center, measures 2.6 x 2.2 cm in infratiroidea location.

Chest CT: moderate pericardial effusion seen. Lymphonodal multiple images with necrotic center in all the major chains mediastinal masses in left hilar region is in intimate contact with thoracic vessels, including wraps the left lung field.

Nasofibrolaryngoscopy erythema is evident at the regional level supra glottal, with the presence of increased vascularization also shift it to right medial latero

paralysis aritenoides, vocal cord and left ventricular band, fold arietenoepiglotico tense presence of abundant secretion is observed.

The patient is transferred to Oncology Unit to present symptoms compatible with adnexal mass ganglionic chain. clinical status, evolution, treatment, prognosis, as well as the critical points in patient care is analyzed and guidelines for improvement arises.

KEYWORDS: Lymph, Necrosis, Arienoides, Arietenoepiglotico, Lymphonodal.

1. INTRODUCCIÓN

El cáncer laríngeo es el tumor maligno más frecuente del área otorrinolaringológica. Involucra al órgano de la comunicación, de ahí la importancia de su conocimiento y la valoración de la sintomatología temprana, ya que de un diagnóstico oportuno no solamente dependerá la posibilidad de curación sino la preservación del órgano de forma total o parcial, con sus funciones básicas. ^[1]

Los límites de la laringe lo forman: anterosuperiormente la base de la lengua a través de su inserción con el hueso hioides. Su límite inferior lo forma la unión del cricoides y el primer anillo traqueal y periféricamente está rodeada por la hipofaringe, base de lengua y esófago cervical. ^[2]

Dividimos la laringe en tres regiones: supraglótica, glótica y subglótica. La supraglotis comprende la epiglotis, los pliegues aritenoepiglóticos, los aritenoides, las bandas ventriculares y los ventrículos. La región glótica engloba a las dos cuerdas vocales, la comisura anterior y posterior y la subglotis es un espacio único englobado entre las cuerdas y el borde inferior del cricoides. ^[2]

En cuanto al drenaje linfático, la supraglotis drena a la cadena yugular profunda superior y media y la subglotis en las cadenas paratraqueales, mediastínicas y yugular profunda inferior. La glotis tiene escaso drenaje linfático. Esto es de gran relevancia, ya que la presencia o no de afectación ganglionar es el factor pronóstico más importante en estos tumores. ^[2]

En la laringe ocurren distintos procesos patológicos como son las enfermedades inflamatorias de la laringe, los tumores benignos y los tumores malignos. ^[1] Esto es de gran relevancia, ya que la presencia o no de afectación ganglionar es el factor pronóstico más importante en estos tumores, de crecimiento lento que pueden englobar y comprimir estructuras vasculares y nerviosas. La forma más frecuente de presentación es como masa latero cervical asintomática y pueden ser bilaterales. ^[1-3] La malignidad se confirma con la presencia de metástasis en los ganglios linfáticos regionales, huesos, pulmón e hígado; la incidencia de malignidad varía del 6-23 %. ^[3]

Un área de localización preferente de estas células son los ganglios cervicales, la red linfática del cuello es un sistema de tránsito y permanencia para las células

neoplásicas derivadas de las tumoraciones de cabeza, cuello y tórax. ^[3] Motivo por el cual concurre la necesidad de realizar un análisis de caso que proporcione un panorama de conocimiento real que tienen los pacientes con necrosis ganglionar.

Por tanto, la investigación interesa tanto al servicio de Medicina Interna como al Hospital en si ya que con la información generada se podrán diseñar intervenciones que contribuyan a cambiar la problemática.

La investigación es factible porque se cuenta con el apoyo multidisciplinario del personal médico y de enfermería, para proporcionar información a través de las técnicas de investigación. En cuanto a financiamiento será cubierto por el investigador.

1.1 CÁNCER DE LARINGE

Es el tumor maligno más frecuente del área otorrinolaringológica. Involucra al órgano de la comunicación, de ahí la importancia de su conocimiento y la valoración de la sintomatología temprana, ya que de un diagnóstico oportuno no solamente dependerá la posibilidad de curación sino la preservación del órgano de forma total o parcial, con sus funciones básicas. Es necesario el conocimiento del drenaje linfático de la laringe para poder determinar el tratamiento adecuando del cáncer laríngeo. La glotis tiene escaso drenaje linfático. Esto es de gran relevancia, ya que la presencia o no de afectación ganglionar es el factor pronóstico más importante en estos tumores. Los linfáticos de los rebordes de las cuerdas vocales son escasos, más desarrollado en lactantes y niños, sufren regresión con el transcurso de los años. ^[1]

El cáncer de laringe representa el 1-2% de todos los tumores malignos del organismo y el 25% de los de cabeza y cuello. La mortalidad del cáncer de laringe representa el 1% de todas las neoplasias. En el momento del diagnóstico un 26% presentan afectación regional y un 6% enfermedad a distancia. ^[1]

El 90 al 95% de los tumores laríngeos está representado por el carcinoma de células escamosas. ^[1]

1.2 NECROSIS GANGLIONAR

Son tumores de crecimiento lento que pueden englobar y comprimir estructuras vasculares y nerviosas. La forma más frecuente de presentación es como masa latero cervical asintomática y pueden ser bilaterales. Son tumores benignos y es la única enfermedad que afecta el cuerpo carotideo. [3]

Las metástasis cervicales de origen desconocido se definen como la existencia de, al menos, un ganglio cervical con histología maligna confirmada, de carcinoma de células escamosas o indiferenciadas, sin encontrar un tumor primario responsable tras exploración física y estudio radiológico exhaustivo. [4]

Los ganglios linfáticos son los órganos del sistema inmunitario con más capacidad de reacción ante diversos estímulos (infecciones, neoplasias, enfermedades de depósito). Se encuentran diseminados por todo el organismo formando grupos territoriales. La red linfática del cuello es un sistema de tránsito y permanencia para las células neoplásicas provenientes de las tumoraciones de cabeza, cuello y tórax. Un sitio de localización preferente de estas células son los ganglios cervicales. [5-6] Algunas de estas localizaciones son de fácil acceso a la exploración física, como, por ejemplo, los ganglios cervicales, supraclaviculares, axilares e inguinales; mientras que otros grupos pueden ser inaccesibles (mediastínicos, mesentéricos, retroperitoneales). [6] (Figura 1)

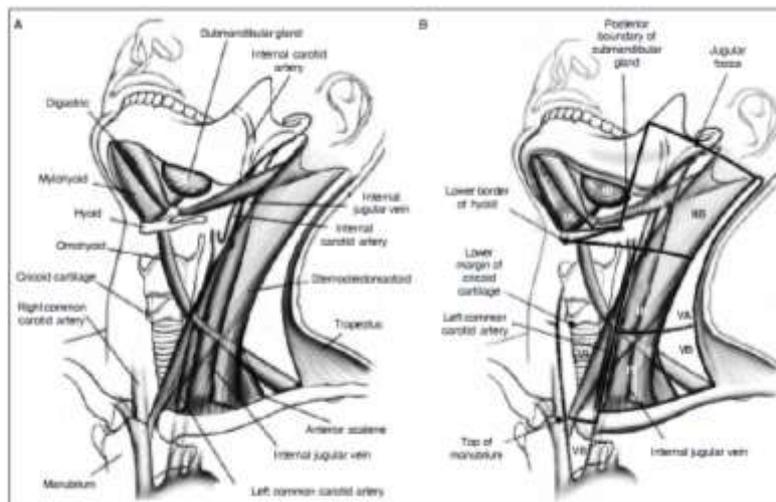


Ilustración 1. Tomado de Garcia Jaime, Alva Luis, Garcia Juan, etc; Caracterización de cadenas ganglionares cervicales por US y PET-CT; 2013

Su tamaño, en sujetos sanos, varía de 0,5 a 1 cm de diámetro, aunque en algunas localizaciones como la región inguinal pueden llegar a 2 cm. En la región supraclavicular un ganglio palpable es siempre patológico. ^[6]

1.2.1 Epidemiología

Los tumores del cuerpo carotideo representan alrededor del 0,03 % de todos los tumores del cuerpo y el 0,6 % de los tumores de cabeza y cuello. Se presentan en un 65 % seguido por los paragangliomas intravagales que se presentan en un 5%. Se originan en los quimiorreceptores de la bifurcación carotidea. ^[3] El 60% obedecen a causas infecciosas o reactivas, sobre todo en gente joven. A partir de los 40-50 años aumenta la incidencia de enfermedades malignas. ^[6-7]

Los hombres están significativamente más afectados que las mujeres con un rango de 2:1 a 4:1, dependiendo del país. La incidencia en el sexo masculino excede de 20/100.000 en las regiones de Francia, Hong Kong, India, Este y Centro de Europa, España, Italia, Brasil y en la comunidad afro-americana de Estados Unidos. ^[8]

Son más frecuentes en pacientes masculinos entre la quinta y séptima década de la vida, generalmente consumidores de etanol y tabaco. ^[7]

1.2.2 Factores de Riesgo

Se estima que el tabaco y el alcohol son los principales factores de riesgo de Cáncer de Cabeza y Cuello en el 80% de los casos. Ambos tienen efectos de cancerización en el tracto aéreo-digestivo superior produciendo alteraciones genéticas, como mutaciones en el supresor oncogénico p53. ^[8-9]

En cuanto a los factores genéticos solamente una fracción de los pacientes expuestos al tabaco y al alcohol padece Carcinoma de Cabeza y Cuello, lo que sugiere que la susceptibilidad genética juega un papel importante en la carcinogénesis. ^[8]

El alto consumo de tabaco y alcohol generalmente se consideran como los principales factores de riesgo de cáncer laríngeo. Se estima que al menos el 75 % de los cánceres de cabeza y cuello son causados por una combinación en el consumo de cigarrillos y el consumo de alcohol; el consumo de cigarrillos, está

asociado con un riesgo incrementado de cáncer de cabeza y cuello entre no consumidores de alcohol, especialmente para el cáncer de laringe. ^[10]

Estos xenobióticos son metabolizados por un grupo de enzimas, entre las cuales están CYP1A1 y GSTM1, cuyas variantes polimórficas se postulan como factores de riesgo para esta enfermedad. ^[11]

Varios estudios demuestran que: Los familiares de pacientes con Carcinoma de Cabeza y Cuello tienen más probabilidad de desarrollar esta patología. ^[8]

Los pacientes con Cáncer de Cabeza y Cuello tienen más probabilidad de desarrollar un segundo primario si alguno de sus familiares padece Cáncer de Cabeza y Cuello o pulmonar. ^[8]

Los pacientes portadores de enfermedades con alteraciones genéticas, como la anemia de Fanconi, tienen más probabilidad de desarrollar un Carcinoma de cabeza y cuello. ^[8]

A otros posibles factores, la escasa higiene oral, fumar marihuana, portadores de prótesis mal ajustadas. ^[8]

1.2.3 Patogenia

La mayoría de las metástasis cervicales son de carcinoma epidermoide, sin embargo, existen otros tipos de metástasis menos frecuentes, como metástasis de adenocarcinoma, de melanoma, de carcinoma indiferenciado y de linfopitelioma; cada una de estas histologías requiere una evaluación diferente. ^[7]

Las causas por las cuales no se encuentra el tumor primario son tres, principalmente:

1. Debido a que los propios ganglios cervicales son el origen primario de la neoplasia.
2. Debido a que el tumor primario está en contacto con las adenopatías metastásicas (por ejemplo, metástasis en el espacio parafaríngeo y tumor originado en el espesor de la pared lateral de la faringe).
3. Debido a que el tumor primario es lo suficientemente pequeño para no poder ser identificado con ningún método diagnóstico; esto sucede sobre todo en áreas

de difícil evaluación, como el tejido linfático del anillo de Waldeyer, de la base de la lengua, en las regiones amigdalinas o en las paredes laterales de la nasofaringe. Cuando se hace el diagnóstico de metástasis de carcinoma epidermoide en ganglios del cuello y la evaluación inicial no muestra un tumor primario, el origen de esta, prácticamente limitado al área supraclavicular, de manera que el ejercicio diagnóstico en búsqueda de primario infraclavicular es innecesario. [7]

Hay que pensar en metástasis cuando la adenopatía sea localizada, dura, no dolorosa y adherida a planos profundos. [6]

Un aspecto necesario para el estudio de la patología ganglionar es la clasificación propuesta por The American Joint Committee on Cancer and the American Academy of Otorhynology Head and Neck Surgery. [3] (Tabla 1) A este respecto, se toman como límites de los niveles del cuello: I) en la parte superior, la base del cráneo; II) en la parte inferior, la clavícula; III) en la parte medial, la línea visceral media; y IV) en la parte posterior, el borde anterior del músculo trapecio.

Tabla 1: The American Joint Committee on Cancer and the American Academy of Otorhynology Head and Neck Surgery [5]

Clasificación linfática de ganglios cervicales según su nivel de localización
Nivel I:
<ul style="list-style-type: none"> • Ia: submentoneano. • Ib: submandibular.
Nivel II: cadena ganglionar cervical anterior. Ganglios linfáticos de la cadena yugular interna desde la base craneal hasta el nivel del hueso hioides.
<ul style="list-style-type: none"> • Ila: ganglios anteriores, mediales o laterales vena yugular interna. • Iib: ganglios posteriores a la vena yugular interna.
Nivel III: ganglios de la cadena yugular interna entre el hueso hioides y el cartílago cricoides.
Nivel IV: ganglios de la cadena yugular interna entre el cartílago cricoides y la clavícula.

Nivel V: ganglios de la cadena espinal accesoria por detrás del músculo esternocleidomastoideo.

- **Va:** desde la base craneal hasta el borde inferior del cartílago cricoides.
- **Vb:** desde el borde inferior del cartílago cricoides hasta la clavícula.

Nivel VI: ganglios del compartimiento visceral desde el hueso hioides por arriba hasta la escotadura supraesternal por debajo. A cada lado el borde lateral está constituido por el borde medial de la adventicia carotidea.

Nivel VII: Ganglios del mediastino superior.

Ilustración 2. Tomado de Garcia Jaime, Alva Luis, Garcia Juan, etc; Caracterización de cadenas ganglionares cervicales por US y PET-CT; 2013

Se hace el diagnóstico de metástasis cervicales de carcinoma epidermoide con tumor primario desconocido en el área de cabeza y cuello cuando se demuestra el tumor histológicamente con biopsia cervical, pero los estudios clínicos, endoscópicos y por imagen no han logrado identificar el sitio de origen del tumor que ha condicionado las metástasis. [7]

1.2.4 Diagnóstico

Cuando la etiología no está clara, se recurre a pruebas complementarias encaminadas a confirmar o descartar la causa sugerida por los datos obtenidos en la anamnesis y la exploración, que en la mayoría de los casos dan un diagnóstico definitivo. [6]

- Hemograma completo, con formula leucocitaria y velocidad de sedimentación globular. Puede ofrecer datos útiles para el diagnóstico de infección piógena, leucemias agudas o crónicas y otras atipias hematológicas. [6]
- Serología de citomegalovirus, virus de Epstein-Barr, toxoplasma, hepatitis, herpes virus, VIH.
- Enzimas hepáticas.

- En caso de adenopatía generalizada, realizar un estudio inmunológico con proteinograma, factor reumatoide, anticuerpos antinucleares y anti-ADN (sospecha de enfermedad autoinmunitaria, como el lupus eritematoso o la artritis reumatoide).
- Prueba de Mantoux.
- Una radiografía de tórax nos podría revelar un ensanchamiento mediastínico ocasionado por adenopatías o bien la presencia de infiltrados pulmonares compatibles con tuberculosis, sarcoidosis o conectivopatías. [6]

Otras pruebas para el estudio de las adenopatías inexplicadas, precisan derivación al siguiente nivel sanitario. [6]

En los últimos 10 años gracias a la tecnología, el diagnóstico cambio radicalmente, al conocimiento del comportamiento oncológico de estos pacientes, a la identificación de factores de riesgo que incrementan la calidad de vida, se debe contar con la evidencia histológica o citológica de células metastásicas de origen epitelial en el ganglio o ganglios cervicales y debe haber ausencia de identificación del tumor primario. [7]

En la evaluación de la metástasis ganglionar regional en los pacientes, con cáncer de cabeza y cuello, el médico nuclear y radiólogo debe evaluar el grado metabólico, así como determinar si los ganglios patológicos son ipsi-laterales, contralaterales o bilaterales. [5]

El ultrasonido Doppler carotídeo es una prueba no invasiva que nos permite en muchas ocasiones realizar un diagnóstico diferencial con otras lesiones, evitando la realización de otras pruebas cruentas y peligrosas, como la biopsia. [12]

Los transductores de alta frecuencia (7,5 – 15 MHz) proporcionan una penetración suficiente de las ondas de ultrasonido de hasta 5cm, son preferibles los transductores lineales a los sectoriales debido a su amplitud de campo de visión y a la capacidad de combinar las escalas de grises de alta frecuencia con Doppler color. [5]

La resonancia magnética, es la prueba de imagen que mayor información aporta sobre el tumor, su relación con los vasos y el tejido blando circundante, se trata de una prueba mínimamente invasiva y que no utiliza radiaciones ionizantes ni

contraste nefrotóxicos a diferencia de la arteriografía (importante en pacientes jóvenes, sobre todo en la infancia). [5-12]

Se debe evaluar la tiroides, glándulas submandibulares y submaxilares, parótidas y extenderse a la región de la arteria carótida y la vena yugular para definir ganglios supraclaviculares.

En la tomografía computarizada multidetector, se visualizan como masas redondeadas u ovals, bien delimitadas, isodensas respecto del músculo, con importante reforzamiento poscontraste intravenoso, simultáneo con los vasos carotídeos. Cuando son voluminosos y tienen zonas de necrosis o hemorragia, el reforzamiento posterior al contraste es heterogéneo. Hay formas invasivas malignas con extensión ósea e invasión de los espacios contiguos, en la base del cráneo y con el contraste intravenoso es posible demostrar con un bolus rápido (flujo alto + paso rápido a través del glomus, lo que se ha denominado lavado) el patrón característico hipervasculat. [5-12]

La RM y la TC presentan una sensibilidad y especificidad similar para la detección de necrosis en ganglios, oscila entre 91 y 93 % con la ecografía, siendo estos niveles del 77 y 93%. [5]

1.2.5 Tratamiento

El tratamiento para los pacientes con cáncer de laringe a menudo resulta en un impacto negativo en sus funciones físicas, sociales y psicológicas. [13]

Hay que tener en cuenta que la mayoría de estos pacientes cuando se diagnostican están en un estadio avanzado. Sólo un 6-10% es N1. [4]

Los principios del tratamiento quirúrgico siguen siendo los descritos por Martin a principios del siglo pasado: retirar el tumor primario y el drenaje ganglionar regional, con el fin de disminuir las tasas de persistencia y de recaída tumoral. Ello es particularmente útil en cuanto a los pacientes con tumores tempranos y nodos linfáticos clínicamente negativo. [14]

El manejo de los ganglios cervicales es fundamental en el tratamiento y pronóstico de los pacientes con carcinoma escamoso de laringe. [15] Se utilizan los vaciamientos de cuello los cuales se clasifican en base a los niveles ganglionares que incluyen y las estructuras que preservan. Las clasificaciones de los

vaciamientos de cuello han evolucionado desde hace poco más de una década y se han ido modificando en función de su utilidad en la práctica clínica. ^[15]

Actualmente, se cuestiona si todos los individuos deben recibir este tratamiento en forma rutinaria, debido a la morbilidad que la radioterapia implica a la mucosa del área de cabeza y cuello; el fundamento de este tratamiento es que la posibilidad de que el tumor apareciese en el transcurso del seguimiento era mínima; sin embargo, el conocimiento actual de diversos factores predictores (como sitio de las metástasis, tipo histológico y presencia del VPH) nos permite distinguir diferentes grupos de riesgo. ^[7] La etapa, el estado ganglionar, la imagen topográfica de las metástasis, el sitio de metástasis cervicales y la existencia o no del virus del papiloma humano. ^[7]

En estadio N1, optamos por la cirugía. Algunos autores creen que la Radioterapia sola también es un tratamiento correcto en este estadio. En los estadios N2a, N2b y N2c, empezaremos con cirugía, posteriormente Radioterapia postquirúrgica y en la mayoría de estos casos damos Quimioterapia concomitante. ^[4]

La necrosis ganglionar detectada en tomografía podría favorecer el tratamiento quirúrgico inicial porque la tasa de respuesta a radioterapia en estos pacientes es menor. ^[7] Estamos de acuerdo que con la Quimioterapia concomitante aumenta la supervivencia con RT intensificando y que la Quimioterapia de Inducción, disminuye las metástasis a distancia.

cN2B-cN3 Enfermedad voluminosa; en este grupo de pacientes una sola variedad terapéutica no es suficiente para lograr el control regional; las alternativas terapéuticas son radioterapia seguida de cirugía, quimio-radioterapia seguida de cirugía o cirugía inicial si la neoplasia es resecable. ^[7]

En N3, comenzaríamos con cirugía si fuera resecable seguido de Radioterapia y Quimioterapia. En nuestro Hospital, se da Quimioterapia de inducción en todos los pacientes de este estadio. Si N3 es irresecable, tras Radioterapia y Quimioterapia realizaríamos cirugía aunque se hubiera objetivado remisión completa. Los criterios de irresecabilidad son la invasión de la fascia prevertebral o de la carótida, la afectación de niveles bajos del cuello de difícil acceso y cuando se cree que con la cirugía no se va a poder hacer un buen control de la enfermedad. ^[4]

Hay que realizar cirugía de rescate si tras Radioterapia y Quimioterapia concomitante existe enfermedad residual. Si aparece una recidiva tras Cirugía con Radioterapia y Quimioterapia se hará una Cirugía de rescate. Si sólo se hizo cirugía, se volverá a intervenir quirúrgicamente y si no se puede, se dará Radioterapia. [4-16]

Cuando las metástasis se estadificaron inicialmente como cN2 o mayores es recomendable efectuar disección de los cinco niveles del cuello, preservando las estructuras no ganglionares (vena yugular interna, esternocleidomastoideo y nervio accesorio espinal); en los pacientes con cN1 que tienen respuesta completa está indicada la vigilancia clínica y ultrasonográfica. [15]

El tratamiento clásico. Aún es una alternativa válida, incluso con el costo biológico que la irradiación pan-mucosa implica, en pacientes que no tienen el VPH, que tienen metástasis sólidas y no quísticas, con alto grado histológico, tipo linfopitelioma o indiferenciados con expresión del virus de Epstein-Barr, porque en estos pacientes el riesgo de primario nasofaríngeo es muy alto. [15]

La calidad de vida y la voz en los pacientes tratados con quimioterapia era mejor que en los pacientes tratados quirúrgicamente. [16]

La mayoría de los autores han llegado a un consenso en la no aplicación de Radioterapia profiláctica en la zona donde se cree que puede estar el tumor primario. Se pierde un arma terapéutica si aparece el tumor primario más tarde en zona irradiada, hay N sin T que proceden de lesiones infraclaviculares que no se beneficiarían de la irradiación, tiene su morbilidad (como xerostomía, disfagia) y no existe ningún estudio prospectivo que demuestre la reducción de aparición del tumor primario con esta técnica. [4]

El seguimiento de los pacientes tratados por metástasis de primario desconocido depende del tipo de tratamiento y de la etapa inicial; en pacientes que no recibieron tratamiento a los sitios de probable primario o con etapas avanzadas (>cN1) debe efectuarse fibroendoscopia de consultorio cada tres meses el primer año, exploración física con palpación orofaríngea y ultrasonido cervical; la tomografía computada por emisión de positrones es útil al menos de manera anual los tres primeros años. Supervivencia a cinco años es de 70%; sin embargo, ésta

disminuye a 30% en pacientes con N3; continuar con los hábitos de intoxicación favorece el mal pronóstico. ^[15]

2. OBJETIVOS

Objetivo General

- Determinar las características clínicas y de imagen, compatibles con la necrosis ganglionar.

Objetivos Específicos

- Realizar una revisión teórica actualizada de las patologías presentadas en el caso estudiado.
- Efectuar un análisis detallado del manejo clínico del paciente

3. DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN

UTILIZADAS:

- Historia clínica en la que se destaca la revisión de documentos a través de los cuales se obtienen datos del caso clínico, desde el inicio de su sintomatología, manejos clínicos características de la atención e identificación de los puntos críticos.
- Guías de práctica y artículos de revisión, las mismas que evalúan y resumen evidencias relevantes, el objeto es ayudar a los médicos en las diferentes áreas, a elegir las diferentes estrategias para plantear un el adecuado manejo, así como recomendaciones y conceptos estandarizados en la práctica terapéutica.
- Información directa a través de la aplicación de entrevista con el paciente y familiares, que brindaron la información, la cual permitió identificar los principales factores de riesgo que influyeron de alguna manera en el desarrollo de este caso clínico.
- Revisiones Bibliográficas, Linkografía, y Base de Datos de la Universidad Técnica de Ambato, para la actualización teórica de las patologías que presentó el paciente.
- La Investigación se llevó a cabo en el Hospital IESS Ambato.

4. DESARROLLO

4.1. DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DETALLADA DEL CASO:

ANAMNESIS

DATOS DE FILIACIÓN

Paciente NN, de 85 años, sexo masculino, mestizo, estado civil casado, nacido en Guaranda y residente en Ambato, primaria incompleta (4° grado), ocupación jubilado (maquinista de Municipio), católico, grupo sanguíneo B+. Referencia familiar Adriana Carrasco– nieta, teléfono 0959118881 Número de historia clínica: 16190 (Hospital IESS Ambato).

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES

INFANCIA: tercer hijo de cuatro hermanos, que vivió en Simiato (Guaranda) hasta la edad de 50 años.

ADOLESCENCIA: no refiere

ADULTEZ: Neumonía Dg a los 45 años hospitalizado 2 meses IESS Riobamba

HTA Dg a los 55 años.

EPOC Dg a los 55 años.

Síndrome coronario Dg a los 71 años.

ALERGIAS: no refiere

TRASFUSIONES: no refiere

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: Estrabismo sometido a intervención quirúrgica hace 45 años.

ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS: no refiere

ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES

Padre: Cáncer de cuello no especificado

Madre: Esquizofrenia

Hermano: Ca pulmón

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

HÁBITOS

Alimentario: 6 veces al día.

Micciones: 2 veces al día (de características normales).

Defecación: 2-3 vez por día (con características normales).

Sueño: 8 horas diarias. (Se acuesta a dormir a las 21:00)

Medicamentos: Losartan 100 mg QD VO

Amlodipino 5 mg QD VO

Tóxicos:

Alcohol: si desde los 18 años hasta hace 45 años

Tabaco: si hasta hace 45 años (10 unidades diarias)

Drogas: Negativo

HÁBITOS LABORALES:

Horas de trabajo: 2 A 3 horas

Tipo de trabajo: soldadura, cerrajero ocasional

Tipo de ingreso: los que le brinda la jubilación (trabajos de soldadura, cerrajero que lo practica de forma ocasional).

ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICOS

Paciente refiere vivir con su esposa en condiciones económicas buenas (clase media, en casa propia con seis cuartos, una cocina, dos salas y dos baños, no tiene animales intra domiciliario, cuenta con todos los servicios básicos (luz, agua y alcantarillado), con buenas relaciones intrafamiliares.

MOTIVO DE CONSULTA

Disfonía

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente tosedor crónico, en los últimos 3 meses incremento de sintomatología respiratoria con tos que moviliza secreciones de color amarillento; asocia disfonía acompañado de pérdida de peso (cantidad no especificada) por lo que acude a emergencia es valorado y se decide ingreso.

REVISIÓN DEL ESTADO ACTUAL DE APARATOS Y SISTEMAS

Hace un mes edema de miembros inferiores bilateral hasta tercio medio de tibia.

EXAMEN FÍSICO

SIGNOS VITALES

	INGRESO
FRECUENCIA CARÍADCA (F.C.)	70 lpm
FRECUENCIA RESPIRATORIA (F.R.)	20 rpm
TENSIÓN ARTERIAL (T.A.)	140/80 mmHg

TEMPERATURA	36,6C (Axilar,)
SATURACIÓN DE OXÍGENO	88 %

APARIENCIA GENERAL

Paciente de 84 años de edad, consciente, orientado en tiempo, espacio y persona, hidratado, afebril, vestimenta de acuerdo a edad y sexo, lenguaje se aprecia grado de disfonía, edad aparente concuerda con edad real.

PIEL Y ANEXOS

Piel: pálida, sin presencia de lesiones, seca, y elasticidad conservada.

Pelo: de implantación adecuada para edad y distribución normal para sexo.

Uñas: De forma normal. Lecho ungueal pálido.

CABEZA

Cráneo:

Normocefálica, cuero cabelludo sin presencia de masas

Ojos: ojo derecho normal, sin lesiones reactivo a la luz y acomodación agudeza visual disminuida, ojo izquierdo agudeza visual ausente, esclera opaca

Oídos: Forma y tamaño normal, Conducto Auditivo Externo no permeable con presencia cerumen.

Nariz: Pirámide nasal de Implantación y forma normal, fosas nasales permeables.

Boca: Mucosas Orales semihúmedas, con piezas dentales en regular estado general presencia de carie; Lengua: saburral; Labios: pálidos sin lesiones;

Comisura labial: simétrica; Paladar: normal paladar duro y blando, Orofaringe: eritematosa, no congestiva, amígdalas no hipertróficas.

Cuello:

No ingurgitación yugular, movimientos normales y conservados, adenopatías en cadena supraclavicular derecha nivel V, tiroides no palpable OA, sin pulsos patológicos, resto de cadenas ganglionares normales, estridor laríngeo audible.

TÓRAX

Caja Torácica Inspección sin presencia de heridas, lesiones, ni cicatrices.

Pulmones: Sin tiraje intercostal ni subcostal con buena expansibilidad pulmonar: y frémito normal, Murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares.

Corazón: Latido de la punta no visible, ruidos cardíacos R1- R2 normal sin ruidos sobreañadidos.

ABDOMEN

Plano, sin presencia de cicatrices, con regular panículo adiposo, timpánico en marco colónico, mate en región hepática, no visceromegalias, RHA presentes.

EXTREMIDADES

Normales, tono disminuido, pulsos presentes, movilidad y fuerza conservada. Miembros inferiores edema de +/-+++ bilateral hasta tercio medio de tibia.

EXAMEN NEUROLÓGICO

Examen mental Consciente, orientado en tiempo, espacio y persona, lenguaje fluido, memoria, pensamiento y percepción normales. Glasgow 15/15 (Ocular: 4, Motora: 6, Verbal: 5).

Análisis:

Masculino de 84 años, tosedor crónico últimos 3 meses asocia disnea más pérdida de peso, examen físico no desaturando más pulmones limpios más estridor laríngeo: IDG laringitis crónica

Plan:

- Pase a otorrinolaringología

Día 1 a 6 (otorrinolaringología):

Masculino de 84 años ingresado por cuadro de disfonía más estridor laríngeo en su primer día de hospitalización presenta disnea de pequeños esfuerzos por lo que se administra O2 por cánula nasal se solicita realización de ECO de Cuello se descarta problema en tiroides (glándula de tamaño normal sin nódulos ni quistes), pero llama la atención en región supraclavicular derecha proceso Ocupativo masa, de ecoestructura heterogénea, impresiona de origen ganglionar, de bordes definidos, de aproximadamente 4.3cm x 1.8cm en sus diámetros mayores, que desplaza estructuras adyacentes, a su alrededor crecimiento ganglionar de diversos tamaños, miden entre 0.6cm, 0.8cm, 1.6cm y 2.2cm los mayores de ellos. Con este hallazgo se solicita TAC de cuello que descarta problema en tiroides y glándulas parótida y submaxilar (morfología normales sin evidencia de masa) se aprecia una imagen linfonodal cervical derecha con centro necrótico, que mide 2,6 x 2,2 cm en localización infratiroidea y solicita PAFF.

Con alta sospecha de neoplasia se procede a solicitar TAC de Tórax, Abdomen y Pelvis. TAC de Tórax se descarta problemas a nivel cardiaco, campos pulmonares con vascularización adecuada, no se advierten consolidaciones neumónicas, llama la atención múltiples imágenes linfonodales con centro necrótico en todas las cadenas mediastínicas la mayor de las masas en región hiliar izquierda, que se encuentra en íntimo contacto con vasos torácicos inclusive envuelve el ramo pulmonar izquierdo.

TAC Abdomino-pelvica estómago, hígado, vesícula vías biliares, páncreas, bazo, riñones y próstata (de forma y tamaño normales no existe adenopatías en inglés) se aprecia engrosamiento parietal de la íntima a nivel de la Aorta y vasos iliacos comunes, inclusive se observa ausencia de flujo en un corto segmento de los vasos arteriales de las iliacas externas bilaterales.

Impresión diagnóstica de DC tumor laríngeo + necrosis ganglionar + trombosis de arteria iliaca externa bilateral + HTA.

Durante su hospitalización recibió antihipertensivos (Losartan 100 mg QD VO, Amlodipino 5 mg QD VO), además de protección gástrica (Omeprazol 20 mg VO QD)

En espera de realización de nasofibroscofia es transferido a medicina interna para manejo de comorbilidades.

Día 7:

En su primer día de Medicina Interna se mantiene en iguales condiciones se solicitan Marcadores TUMORALES incluye CEA, CA 125, CA 199 B 2 MICROGLUBULINA, ALFA FETOPROTEINA), por presentar trombosis de arteria iliaca externa bilateral se inicia anticoagulación completa (Heparina de bajo peso molecular 0,6 Ug subcutáneo BID)

Por la presencia de masa en región supraclavicular derecha nivel V se solicita Interconsulta a Cirugía General para exceresis de la misma.

Mientras que por la trombosis de las arterias iliacas se solicita valoración a cirugía vascular, inician Cilostazol 100 mg QD.

En su noveno día de hospitalización realizan **Nasofibrolaringoscopia** se evidencia presencia de eritema a nivel de región supra glótica, con presencia de

aumento de vascularización, además se observa desplazamiento de misma a derecha, parálisis latero medial de aritenoides, cuerda vocal y banda ventricular izquierda, pliegue arienoepiglótico tenso presencia de abundante secreción. En espera de realización de exeresis de adenopatía.

En su décimo día de hospitalización cirugía general realizan biopsia escisional de adenopatía cervical derecha: con hallazgo de Adenopatía, aproximadamente 2 x 1,5 x 1 cm de diámetro de consistencia dura, leñosa, de aspecto tumoral. Muestra es enviada a estudio patológico.

Clínicamente paciente estacionario persiste con disfonía no signos de dificultad respiratoria.

A las Dos semanas se recibe resultado de biopsia la cual fue realizada de forma particular donde reportan cáncer escamoso metastásico de origen primario a determinar. Por lo que se programa transferencia a unidad oncológica.

Con diagnóstico de tumor laríngeo + necrosis ganglionar + tumor laríngeo + trombosis de arteria iliaca externa bilateral + HTA.

Pese a todos los esfuerzos transferencia no se lleva a cabo en el tiempo esperado, se retrasa 4 días luego de ello es referido a unidad oncológica en dicha casa de salud indican conducta oncológica a seguir pero familiares no aceptan por lo que solicitan alta voluntaria y manejo paliativo en domicilio.

En días posteriores se logra contacto vía telefónica con familiar de paciente (nieta) quien refiere que está recibiendo tratamiento paliativo y sintomático por parte de medico particular.

4.2. DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

4.2.1. Factores de riesgo biológicos

Genéticos

En cuanto a los factores genéticos los pacientes tienen mayor susceptibilidad y juega un papel importante en la probabilidad de desarrollar un segundo primario si alguno de sus familiares padece Cáncer de Cabeza y Cuello o pulmonar. ^[10]

4.2.2 Estilos de vida

Tabaco

Con el fin de aclarar el papel que tiene e implica El consumo de cigarrillos está asociado con un riesgo incrementado de cáncer de cabeza y cuello, tiene un riesgo de 5-25 veces mayor de padecer algún tipo de carcinoma, hay una relación incremental con la dosis, la edad de inicio y el tiempo total de fumador. ^[8]

El tabaco es la causa más importante de muerte en los adultos de 35 o más años de edad y produce alrededor de 5 millones de muertes al año. ^[10] No todos los pacientes tabáquicos desarrollan la patología, por lo que deben existir factores intrínsecos que modulan el efecto final. ^[11] Las enzimas de biotransformación constituyen las rutas de metabolización de xenobióticos y se dividen en Fase I y Fase II. La primera corresponde a las reacciones de oxidación, reducción e hidrólisis, aumentando la hidrofiliidad del compuesto con objeto que sea excretado. Si esta fase no es suficiente es posible que el metabolito obtenido de la Fase I ingresa a la Fase II, que corresponde principalmente a conjugaciones con sustancias endógenas como el ácido glucurónico, aminoácidos, ácidos grasos, glutatión, grupos metilo, sulfato o acetato, provocando la inactivación de dichos metabolitos y facilitando de esta manera su excreción. ^[11] Dentro de las enzimas de fase I involucradas, destacan la citocromo P450 CYP1A1 y entre las de fase II la glutatión-S-transferasa GSTM1, ambas involucradas en la carcinogénesis asociada a exposición a hidrocarburos aromáticos policíclicos, nitrosaminas y dioxinas, tóxicos precancerígenos presentes en el humo del tabaco. ^[11]

Se considera que al menos el 75 % de los cánceres de cabeza y cuello son causados por una combinación en el consumo de cigarrillos y el consumo de alcohol, ^[9] numerosos estudios han demostrado consistentemente que el consumo de alcohol incrementa, independientemente al consumo de tabaco, el efecto del alcohol es dosis dependiente, existe evidencia que la susceptibilidad genética juega un papel importante, en particular en los polimorfismos genéticos de la alcohol deshidrogenada (ADH) i la aldehído deshidrogenada (ALDH) ^[8]

4.3. ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD:

4.3.1. Oportunidad en la solicitud de la consulta:

El paciente presentaba disfonía de 3 meses de evolución, tiempo en el cual el paciente no le presta mayor importancia, al volverse cuadro irritativo y crónico acude a emergencias de Hospital IESS Ambato donde es valorado y tratado como una infección de vía respiratoria alta, no se realiza una descripción completa a nivel laríngeo, pudiendo pensar en algún proceso maligno.

La disfonía crónica nos obligaría a realizar aquí una descripción completa de toda la patología laríngea, nos deben poner sobre aviso de que nos hallamos ante una patología potencialmente maligna, y por lo tanto potencialmente letal para la vida del paciente, la presencia de cualquiera de los datos que se detallan a continuación en la historia clínica o en la exploración. Es casi la regla que el paciente sea un varón de alrededor de 55-60 años, fumador importante desde la juventud, y habitualmente también bebedor importante. Los primeros síntomas relacionados son cosquilleo o sensación de acorchamiento, sensación de cuerpo extraño, tos irritativa y ya de forma más tardía odinofagia con dolor ótico ipsilateral. ^[17]

4.3.2. Acceso a la atención médica:

Art. 12.- Acceso a la atención de salud: El afiliado o beneficiario con derecho podrá elegir libremente un prestador del primer nivel calificado/acreditado de entre la Red Plural, en su zona de adscripción geográfica, que será la entrada obligada al sistema de servicios de salud con base territorial. ^[18]

La elección se efectuará de acuerdo con los siguientes criterios: a) Para el afiliado bajo relación de dependencia y voluntario, de acuerdo a su domicilio, residencia o lugar de trabajo; y, b) Para los asegurados y beneficiarios, jubilados, pensionistas, o afiliados sin relación de dependencia, de conformidad con su domicilio. ^[18]

Art. 13.- Portabilidad del derecho.- El derecho a la atención de salud está garantizado en todo el territorio nacional. Además, se garantiza la atención al afiliado o beneficiario y jubilado, en caso de desplazamientos fuera del territorio

al que está adscrito, por un período menor a treinta (30) días. Para períodos mayores, el asegurado deberá adscribirse en la zona geográfica que le corresponda. ^[18]

Art. 14.- Atención médica por zona geográfica de adscripción de la población: Se establecerá un sistema zonal georreferenciado y de base territorial de los prestadores de salud de la red plural que guardará relación con la división político-administrativa del país. Se establece un sistema de zonas geográficas de acceso a la atención médica. El Seguro de Salud Individual y Familiar del IESS, como política de protección de salud al asegurado, establecerá la cartera de servicios a libre elección regulada, en el territorio de adscripción del sujeto de protección calificado con derecho, por lo que el beneficiario deberá realizarse un examen preventivo anual. ^[18]

Paciente quien reside en la ciudad de Ambato en ciudadela Miñarica II ubicado al sur de la ciudad, a 10 minutos del centro de la ciudad, cuenta con vías de acceso de primer y segundo orden.

La oportunidad en la solicitud de consulta médica y el acceso a la atención en salud fue de manera tardía debido a condicionantes de tipo cultural a pesar de tener acceso a atención médica, el paciente indica que acudió a emergencia 3 meses posteriores al inicio de la sintomatología.

En el Hospital IESS Ambato en el servicio de Emergencia se valora a paciente y se decide ingreso en el servicio de Otorrinolaringología, con diagnóstico de Disfonía, a descartar proceso neoplásico por lo que se solicitan exámenes complementarios.

4.3.3 Características de la atención:

En lo que concierne a la primera atención, el paciente no fue derivado al segundo nivel asistencial por la sospecha de malignidad.

La necrosis ganglionar, son tumores de crecimiento lento que pueden englobar y comprimir estructuras vasculares y nerviosas. La forma frecuente de presentación es como masa latero cervical asintomática y pueden ser bilaterales. ^[3]

Las metástasis cervicales de origen desconocido se definen como la existencia de, al menos, un ganglio cervical con histología maligna confirmada, de carcinoma de células escamosas o indiferenciadas, sin encontrar un tumor primario responsable tras exploración física y estudio radiológico exhaustivo. [8]

La gran mayoría de los pacientes con adenopatías son diagnosticados en AP con una cuidadosa anamnesis y una completa exploración física. [6]

Una vez determinado que se trata de una adenopatía, se debe buscar la causa y la posible gravedad, teniendo en cuenta la edad del paciente, las características físicas de los nódulos linfáticos sospechosos, su tamaño, localización y extensión; y tratar de encajar estos datos con el contexto clínico obtenido previamente con la anamnesis. El diagnóstico definitivo, en muchos casos, debe hacerse a través de un estudio histológico. Punción aspirativa por aguja fina; Biopsia excisional de la linfadenopatía. Es más incómoda para el paciente pero es la técnica más efectiva para el diagnóstico. [6]

4.3.4. Oportunidades en la remisión:

El manejo del paciente se realizó en circunstancias básicas necesarias brindándole el tratamiento con los recursos con los que cuenta el hospital, se inició los trámites correspondientes para el envío del paciente a un nivel dotado con mayores recursos para completar el diagnóstico o realizar el tratamiento adecuado, sin embargo la remisión no fue adecuada debido al manejo incorrecto del paciente a la evaluación inicial debido a un ret.ro de derivación que se debió hacer en la primera atención.

4.3.5. Trámites administrativos:

Los trámites administrativos no se facilitaron de manera adecuada ya que no se recibió una respuesta oportuna en la referencia a III nivel, paciente permaneció 21 días con tratamiento específico, pero no en una unidad adecuada para monitorización, lo cual demuestra la deficiencia en cuanto a la demora en los tramites de referencia oportunos en la red de salud.

Art. 2.- Sistema de atención en salud: El asegurado elegirá al prestador de los servicios de salud de entre aquellos que forman parte de la Red Plural del IESS,

que responde a una adscripción por zonas geográficas de población beneficiaria definida, que determinará el ingreso obligatorio a toda atención médica desde el primer nivel, así como un sistema de referencia y contrarreferencia para el acceso a los otros niveles de atención de salud. ^[18]

El IESS dentro de sus políticas de salud, a través de las Direcciones del Seguro General de Salud Individual y Familiar y del Seguro Social Campesino, fortalecerá la atención ambulatoria en promoción, prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la enfermedad, rehabilitación y limitación de la discapacidad, incluyendo cuidados paliativos, que garanticen la eficiencia y reorientación en la atención de salud al asegurado y en Red, así como elaborará un diagnóstico de la situación de salud por zonas de adscripción geográfica con población definida, construido y coordinado con todos los actores del Sistema Nacional de Salud. ^[18]

El sistema de atención de salud tendrá como soporte un sistema informatizado de todos sus procesos para facilitar la toma de decisiones. ^[18]

Responsables de la referencia y/o derivación: es responsabilidad de los profesionales de los establecimientos de salud referir/derivar y ejecutar la referencia/derivación a los usuarios al nivel de atención o de complejidad que corresponde, según capacidad resolutive y pertinencia clínica, misma que es de su competencia desde que se inicia la atención en el establecimiento de destino de la referencia o de la derivación hasta cuando recibe la contrarreferencia. ^[19]

Entidad receptora de la referencia y/o derivación: es el establecimiento de salud del mismo o mayor nivel de atención o de complejidad, con la capacidad resolutive requerida, que recibe al usuario con el formulario No. 053 y procede a brindar la atención. ^[19]

4.4. IDENTIFICACIÓN DE PUNTOS CRÍTICOS:

- Paciente no acude a tiempo, a unidad de salud para un estudio adecuado para un diagnóstico oportuno.
- En la historia clínica faltan datos relevantes de los antecedentes personales y familiares del paciente, por lo que se requirió la entrevista vía telefónica

con familiar para obtener una historia clínica adecuada para el análisis del caso.

- El Hospital no cuenta con equipo para realizar nasofibroscopia.
- En el hospital no se cuenta con suficiente personal para realización y análisis histológico.
- No se logra conseguir transferencia a tiempo de paciente a Hospital de tercer nivel.
- No se logra concientizar a familiares de paciente, acerca de la necesidad de una adecuada atención en unidad especializada.

4.5. CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

Tabla N°1

Oportunidad de mejora	Acciones de mejora
Orientación a los pacientes sobre la importancia de acudir oportunamente a un servicio de salud en caso de presentar signos y síntomas de alarma con patologías crónicas.	Preparar charlas a familiares y pacientes en Hospital y dispensarios de salud del IESS Ambato para que acudan a la unidad de salud, en caso del que pacientes presente signos y síntomas de alarma y enfatizar en el control anual de todos los pacientes ligados a la unidad de salud.
Cumplimiento de guías para el diagnóstico y tratamiento de tumores laríngeos en el primer nivel de atención	Socializar guías de manejo, de tumores laríngeos o síntomas compatibles con esta patología.
Elaboración adecuada de historias clínicas	Cumplir con la información que se detalla en la historia clínica por el departamento de control de calidad.
Agilizar la transferencia de pacientes críticos a Unidades de mayor complejidad	Entregar información completa y veraz a personal médico, para obtener el lugar de transferencia de manera oportuna.

5. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y PROACTIVA:

- Los aspectos sobresalientes que marcaron en este caso clínico, fueron los estilos de vida que llevaba el paciente, además del desinterés mostrado por el paciente a aspectos relacionados con su estado de salud.
- La sintomatología clínica del paciente hacía pensar en otros procesos no necesariamente neoplásicos, puesto que acompañan a otras entidades clínicas.
- Se pudo evaluar la importancia que los entes encargados de las transferencias y remisiones a unidades de salud que cuentan con material necesario para el correcto diagnóstico, y tratamiento.
- En el manejo para el problema de trombosis arteria y venosa no está indicado el uso del cilostazol ya que este es utilizado como primera línea en problemas de claudicación intermitente.
- La falta de educación al paciente y los familiares para mostrar mayor interés, al estado de salud que este presentaba.
- Se consideran como puntos críticos más significativos del presente caso: Paciente no acude a tiempo, a unidad de salud para un estudio adecuado para un diagnóstico oportuno, el Hospital no cuenta con equipo suficiente para realizar nasofibroscofia, y un análisis histológico adecuado y oportuno, no se logra concientizar a familiares de paciente, acerca de la necesidad de una adecuada atención en unidad especializada.
- Se recomienda la creación de entidades médicas especializadas en el manejo de este tipo de casos ayudando a facilitar y proveer los materiales e insumos necesarios para el diagnóstico oportuno.
- Se recomienda también la vigilancia de los diferentes trámites que se deben realizar de forma oportuna para que no existan inconvenientes al momento de transferir o derivar a unidades de tercer nivel especializadas en este tipo de casos.
- La clínica es muy aislada y no se expresa en estados tempranos, solo se los puede detectar en estados tardíos en los que la patología resulta ser muy agresiva, por lo que se recomienda mayor educación a los pacientes.

- Luego de estas conclusiones y recomendaciones, se cree que el proceso investigativo debe continuar para evitar fatales consecuencias, a pesar de que este tipo de patologías no son tan frecuentes, se trata además de concientizar a la población para que concurran de manera precoz a unidades de salud cercana las cuales les puedan brindar atención adecuada y coherente según las necesidades de cada individuo.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Linkografía:

1. Barbón Jesús; Barbón Cristian; Mondino María. Cáncer de Laringe. Separata 2007 Vol.15 N° 7. Disponible en: <http://www.montpellier.com.ar/separatas/121.pdf> (1)
2. Cadena Enrique; Sanabria Álvaro; Disección ganglionar de cuello: conceptos actuales; Rev Colomb Cancerol 2011;15(3):145-154; Disponible en: [file:///C:/Users/HP/Downloads/S0123901511700634_S300_es%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/HP/Downloads/S0123901511700634_S300_es%20(2).pdf) (14)
3. Domínguez Juan, Rodríguez Luis. Adenopatías. AMF 2011; 7 (4):218-222. Disponible en: http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=831(6)
4. Gallegos José. Metástasis ganglionares cervicales de carcinoma epidermoide con tumor primario desconocido. Abordaje diagnóstico-terapéutico actual. An Orl Mex dic 2015-feb 2016; 61(1):57-65. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2016/bc161e.pdf> (7)
5. Garcia Jaime, Alva Luis, Garcia Juan, etc. Caracterización de cadenas ganglionares cervicales por US y PET-CT. Rev Invest Med Sur Mex Julio-Septiembre 2013. 20 (3): 134-145. Disponible en: <http://medicasur.com/pdf-revista/RMS133-AO01-PROTEGIDO.pdf> (5)
6. Mariuska Sáez, Maylin Ramos, Migdalia Pérez, etc. Paciente con tumor de cuerpo carotideo. Revista Cubana de Cirugía. 2015; 54(3)246-251. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932015000300006 (3)
7. Pérez Ortín; López Polo, Arnau Fragola; etc. Tumores malignos de la laringe. SEORL. (2013). Disponible en: <http://seorl.net/PDF/Laringe%20arbor%20traqueo-bronquial/113%20-%20TUMORES%20MALIGNOS%20DE%20LA%20LARINGE.pdf> (2)
8. Orte C.; De Migue F.; Guallar M.; etc. Manejo de las metástasis cervicales de origen desconocido. O.R.L. ARAGON'2013; 16 (1) 9-12. Disponible en: <http://www.secom.org/web/wp-content/uploads/2014/01/cap39.pdf> (4)

9. Valls Adaia. Virus Papiloma Humano en el Carcinoma escamoso de Cabeza y cuello. Universida Autonoma de España. (2011). Disponible en: https://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2011/hdl_2072_179196/TR_VallsOntanon.pdf (8)
10. Ferbeyre Binelfa, Sánchez Acuña. Manejo del cuello en cáncer de VADS. (2011). Disponible en: <http://oncocentercancun.com/wp-content/uploads/2013/05/manejo-del-cuello-en-cancer-de-cabeza-y-cuello.pdf> (15)
11. Fernández Encarnación; Pérez Javier; Ruiz Rafael. Disfonía. Manejo en la práctica clínica. HUVIM. (2012). Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/disfonia.pdf> (17)
12. Gaspar Alberto Motta Gaspar; Heber Alonso; Rodríguez Norma; La identificación del paraganglioma en el paciente ambulatorio por tomografía computarizada multidetector; ANGIOLOGIA Vol. 43 Núm. 2 Abril-Junio 2015 pp 61-69; Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?idarticulo=59326> (12)
13. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud Norma Técnica, (en línea). Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/Norma%20T%C3%A9cnica%20Subsistema%20de%20Referencia%20y%20Contrareferencia.pdf> (19)
14. Reglamento para atención de salud integral y en red de los asegurados. LEXIS. 22-nov.-2011. Accesado en Septiembre 2016. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Reglamento-para-Atenci%C3%B3n-de-Salud-Integral-y-en-Red-de-los-Asegurados.pdf> (18)

CITAS BIBLIOGRÁFICAS: BASE DE DATOS UTA

15. **PRO-QUEST.** Santos, Maria Cristina Marques; Raimundo, Durval Diniz; Soares, Enedina; Guedes, Maria Teresa dos Santos. Asistencia aos portadores de câncer de laringe sob a perspectiva da integralidade: abordagem do enfermeiro no inca/Care for larynx cancer patients under a holistic perspective: nursing approach in the inca/Asistencia a los pacientes con cáncer de laringe bajo la perspectiva de integridad: enfoque de enfermeras en la inca, Sep 2015. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/1694669906/1BAA847BD4B402APQ/6?accountid=36765> (13)
16. **PRO-QUEST.** Kran, Clasina. Diagnostico precoz, clave para vencer al cáncer de la laringe, Mayo. 2003. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/367820552/1BAA847BD4B402APQ/9?accountid=36765> (16)
17. **PRO-QUEST.** Andrés, Montserrat. APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN HOMBRES OPERADOS DE CÁNCER DE LARINGE. [Citado: 2009]. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/748456947/1BAA847BD4B402APQ/2?accountid=36765> (10)
18. **PRO-QUEST.** Freitas, Ana Angélica de Souza; Coelho, Maria Jose; Menezes, Maria de Fátima Batalha. MALE HEALTH, MASCULINITIES, AND THE RELATION TO LARYNGEAL CANCER: IMPLICATIONS FOR NURSING/SAÚDE DO HOMEM, MASCULINIDADES E A RELAÇÃO COM CÁNCER DE LARINGE: IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM/SALUD DEL HOMBRE, MASCULINIDAD Y LA RELACIÓN CON EL CÁNCER DE LARINGE: LAS IMPLICACIONES PARA LA ENFERMERÍA. [Citado 2013 Marzo]. [Online]. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/1450276386/1BAA847BD4B402APQ/1?accountid=36765> (9)

19. PRO-QUEST. Villas, Montserrat; Torrico, Esperanza. Afrontamiento en hombres operados de cáncer de laringe. 2012. Disponible en: <http://search.proquest.com/docview/1316717260/1BAA847BD4B402APQ/3?accountid=36765> (11)

7. ANEXOS

LABORATORIO	24/11/2015	27/11/2015
BIOMETRIA HEMATICA	Recuento Leucocitario (WBC): 6.50 Recuento de globulos rojos: 4.33 Hemoglobina (HGB): 14.4 Hematocrito (HCT): 43.2 MCV: 100 MCH: 33.3 MCHC: 33.4 Recuento Plaquetas: 169 Neutrofilos %: 62.7 Linfocitos %: 30.9 Monocitos %: 5.3 Eosinófilos %: 1.1 Basófilos %: 0.0	Recuento Leucocitario (WBC): 6.40 Recuento de glóbulos rojos: 4.50 Hemoglobina (HGB): 15.0 Hematocrito (HCT): 45.4 MCV: 101 MCH: 33.4 MCHC: 33.1 Recuento Plaquetas: 205 Neutrofilos %: 68.8 Linfocitos %: 25.5 Monocitos %: 4.5 Eosinófilos %: 1.2 Basófilos %: 0.0
PCR		
QUIMICA SANGUINEA	GLUCOSA: 140.00 UREA EN SUERO: 56.2 CREATININA: 1.2	

CALCULO DE PLAQUETAS		
ELECTROLITOS		
TIEMPOS		
PERFIL TIROIDEO		TSH: 7.26 T4 LIBRE: 1.13 T3 LIBRE: 0.253
PERFIL LIPIDICO		TRIGLICERIDOS: 86 COLESTEROL: 184 HDL: 50.5 LDL: 116
PERFIL HEPATICO		AST (SGOT): 26 ALT (SGPT): 32 GAMA GT: 46 FOSFATASA-ALKALINA: 104 PROTEINAS TOTALES: 7.4 ALBUMINA: 3.5
BILIRRUBINAS		BI TOTAL: 0.40 BI DIRECTA: 0.16 BI INDIRECTA: 0.24

OTROS	NA: 141.0 K: 4.30	CEA: 16.67 CA-125: 19.94 CA 19-9: 15.00 BETA-2 MICROGLOBULINA: 3.41 AFP ALFAFETOPROTEINA: 2.18 DIMERO-D: 2.340
--------------	----------------------	---



Fig. 1: Adenopatía cervical

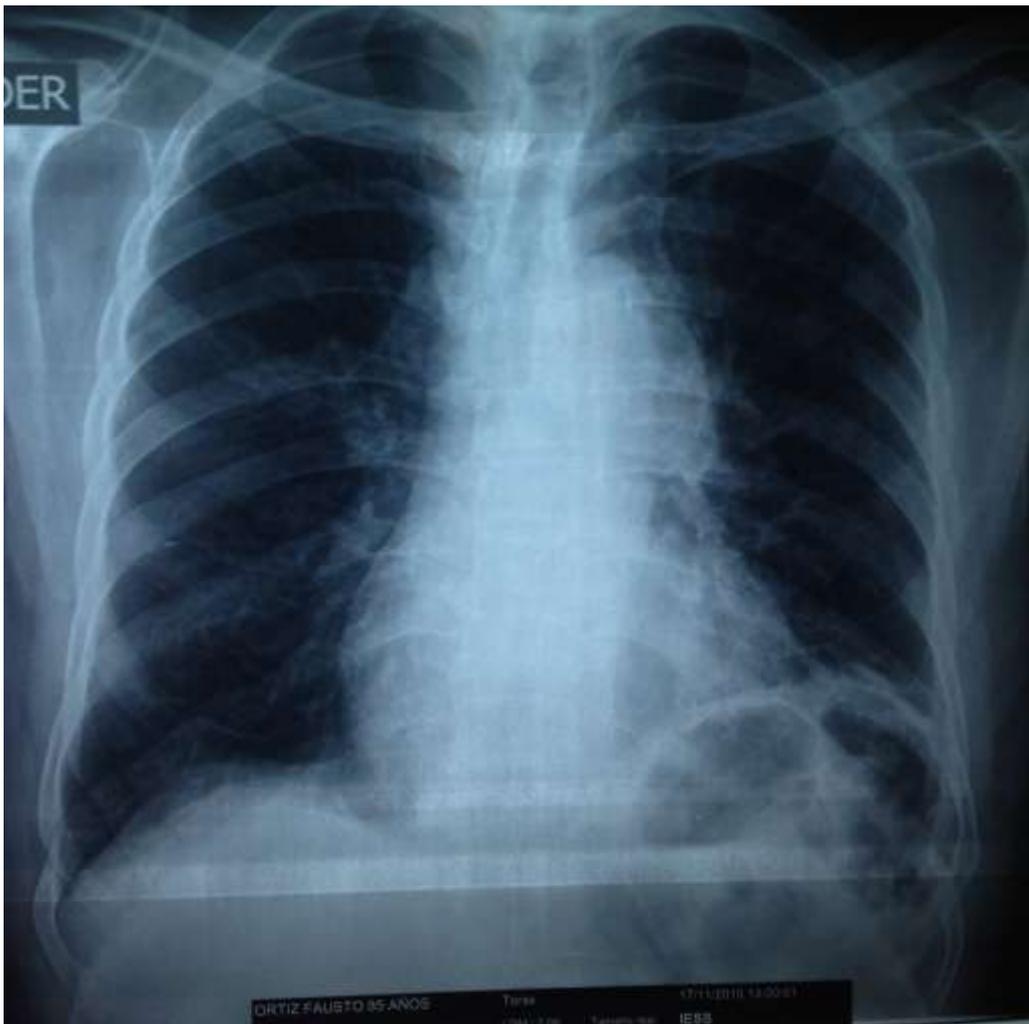


Ilustración 1 Archivo Imagenología IESS

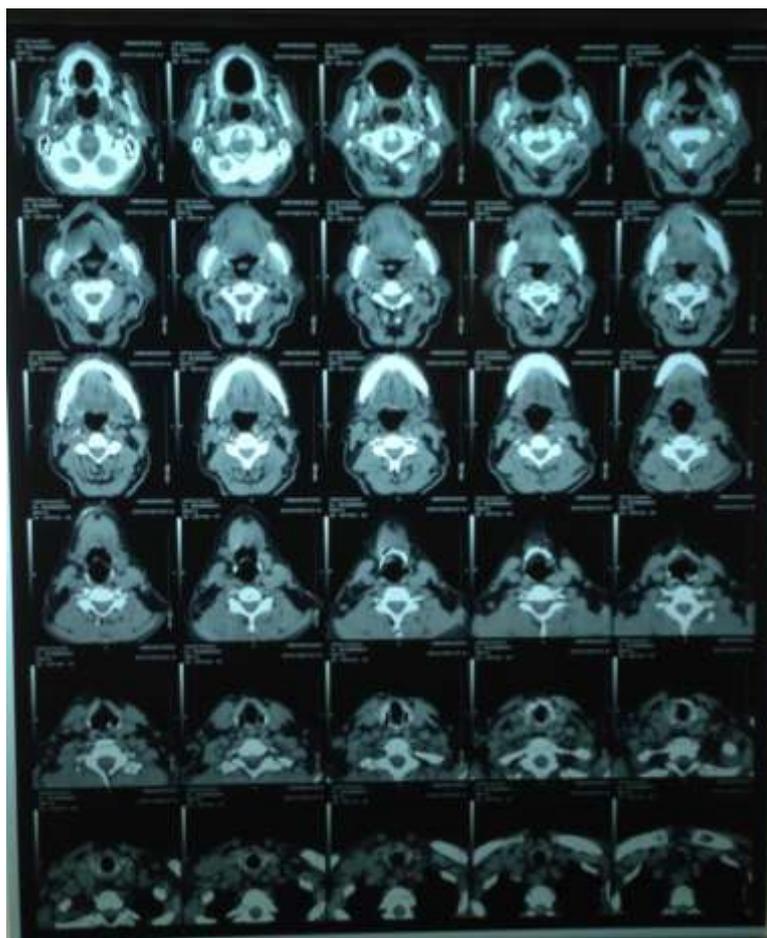


Ilustración 2 Archivo Imagenología IESS

TAC DE CUELLO: se aprecia imagen linfonodal cervical derecha, con centro necrótico, mide 2,6 x 2.2 cm en localización infratiroidea



Ilustración 3 Archivo Imagenología IESS

TAC DE TORAX: se aprecia moderado derrame pericárdico. Múltiples imágenes linfodales con centro necrótico en todas las cadenas mediastínicas la mayor de las masas en región hilar izquierda que se encuentra en íntimo contacto con vasos torácicos, inclusive envuelve el ramo pulmonar izquierdo



ECO DE CUELLO: glándula tiroides de tamaño normal, ecogenicidad homogénea. No se observan lesiones ocupantes de espacios focales o difusos.

Istmo de aspecto normal.

Las glándulas salivales y estructuras vasculares visibles sin datos patológicos.

Superior a la región supraclavicular derecha proceso ocupativo masa, de eco estructura heterogénea, impresiona de origen ganglionar, de bordes definidos, de aproximadamente 4.3cm x 1.8cm en sus diámetros mayores, que desplaza estructuras adyacentes, a su alrededor crecimiento ganglionar de diversos tamaños, miden entre 0.6cm, 0.8cm, 1.6cm y 2.2cm los mayores de ellos.

Ilustración 4 Archivo Imagenología IESS



Ilustración 6 Archivo Imagenología IESS

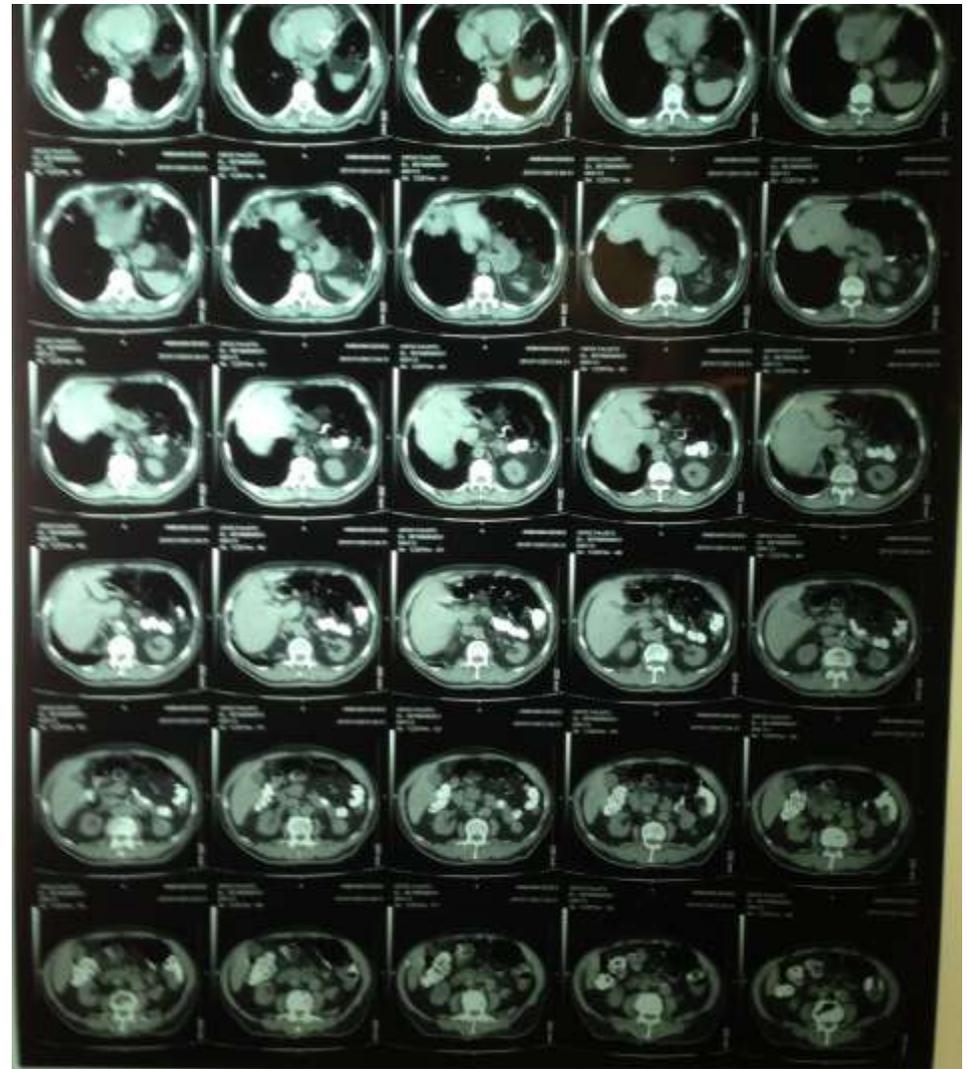


Ilustración 5 Archivo Imagenología IESS

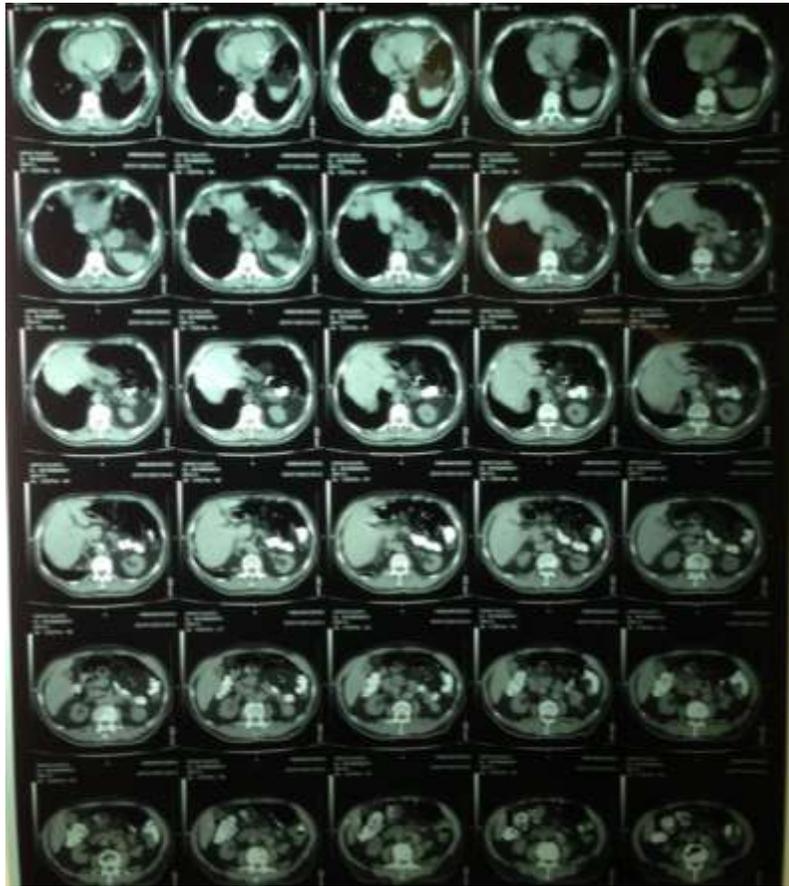


Ilustración 7 Archivo Imagenología IESS

TAC ABDOMINO PELVICO: Hígado de tamaño normal con presencia de contenido homogéneo hipoatenuante a nivel de segmento VIII, que mide 1,5 cm. Riñón izquierdo con una imagen quística simple con contenido homogéneo hipoatenuante de aproximadamente 18 mm dependiente de la pared anterior. Trombosis de arterias ilíacas externas.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ambato Septiembre del 2016

Por medio de la presente declaro que el (s) IRM. (s). RODRIGO SEBASTIÁN SÁNCHEZ BARRIONUEVO me han informado sobre su intención de divulgar mi caso clínico con fines puramente académicos, haciendo uso de los datos que verídicamente les he referido, exámenes de laboratorio y demás estudios de gabinete que hayan considerado pertinentes. Solicitan mi permiso para tomar fotografías clínicas que serán utilizadas de manera profesional. Me han informado también que mi identidad no será revelada y velarán porque mi pudor se mantenga intacto.

Por lo anterior autorizo al (s) IRM. RODRIGO SEBASTIÁN SÁNCHEZ BARRIONUEVO la reproducción de la información antes mencionada y el uso de las fotografías que han tomado bajo mi autorización.

RODRIGO SÁNCHEZ

FAMILIAR DE PACIENTE SR. ORTIZ FAUSTO

TESTIGO 1

TESTIGO 2

Ambato, Septiembre del 2016

Dr. Ángel Romo

**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACION DEL
HOSPITAL IESS AMBATO**

Presente.

De mi consideración:

Por medio de la presente damos a conocer el tema de investigación: **“Necrosis Ganglionar Secundaria a Neoplasia”**.

Integrante:

1. IRM. Rodrigo Sebastián Sánchez Barrionuevo

Correo electrónico: sebastian1989sanchez@hotmail.com

Interno Rotativo de Medicina

Atentamente:

Rodrigo Sánchez