



Comunicación breve

La ecografía clínica, un elemento más en la orientación diagnóstica

The clinical ecography, an element more in the diagnostic orientation



Javier Miguel Martín Guerra ^{a,*}, Miguel Martín Asenjo ^a, Claudia Iglesias Pérez ^a,
Mario Prieto Dehesa ^b y José María Prieto de Paula ^a

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

^b Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Covaresa, Valladolid Oeste, Valladolid, España

Las adenopatías son un motivo de consulta relativamente frecuente. Por ello, es importante para el clínico identificar qué pacientes van a precisar de un estudio de ámbito hospitalario. Desde que Laennec inventara el estetoscopio, las innovaciones incorporadas a la práctica clínica de los generalistas han sido escasas.

En la última década asistimos a una cierta revolución con la «liberalización» del uso de la ecografía. El desarrollo de los equipos portátiles y la mayor accesibilidad a los mismos han hecho a los médicos generalistas más independientes de otras exploraciones ecográficas especializadas. Así ha surgido el concepto de «ecografía clínica básica»¹ que, junto con la historia clínica y la exploración física, permite en ocasiones confirmar o descartar una sospecha diagnóstica.

Para ilustrar lo expuesto, presentamos el caso de un varón en el que la ecografía clínica permitió una orientación inicial más precisa.

Varón de 88 años con antecedentes de adenocarcinoma de próstata e hipertensión arterial, para la que seguía tratamiento con enalapril. Consultó por edematización de la extremidad superior izquierda en los 15 días previos. En la exploración física destacaba la presencia de una adenopatía axilar, adherida a planos profundos, no dolorosa a la palpación y esplenomegalia (fig. 1a).

Los estudios analíticos fueron normales salvo la beta-2-microglobulina (4,5 mg/l –valor normal [vn]: < 3,0 mg/l–) y la LDH (225 U/l –vn: 250 U/L–). El proteinograma reveló una banda monoclonal IgG kappa de 0,61 g/dl. Las serologías para VIH, virus de Epstein-Barr, citomegalovirus, virus de la hepatitis B y C resultaron negativos.

La radiografía de tórax mostró un dudoso ensanchamiento mediastínico. La ecografía clínica de la axila izquierda (figs. 1b y c) puso de manifiesto la presencia de una adenopatía de 10 cm de diámetro transverso, con presencia de zonas hiperecogénicas e hipoeccogénicas en su interior, márgenes irregulares y una vascularización mixta con el doppler color. Además,

confirmó esplenomegalia de 17 cm. Con el diagnóstico de sospecha de síndrome linfoproliferativo, se derivó al paciente al hospital.

La TC toraco-abdominal reveló la presencia de una masa axial de 14 cm de diámetro máximo anteroposterior, con contornos irregulares, que englobaba la arteria subclavia y sus ramas principales. En los cortes abdominales, se evidenció una esplenomegalia de 18 cm. La biopsia de la adenopatía axilar confirmó un linfoma de la zona marginal.

Los ganglios linfáticos anormales, ya por tamaño, forma o consistencia, se denominan adenopatías, que pueden ser localizadas –cuando se afecta una cadena ganglionar– o generalizadas. Su etiología es variada, y suelen precisar de una minuciosa anamnesis y exploración física.

En esta situación, la ecografía tiene una doble vertiente diagnóstica al confirmar, por una parte, que se trata de una adenopatía y, por otra, orientarnos sobre su naturaleza.

En función del tamaño, la forma, la ecogenicidad y la vascularización existen distintos criterios para identificar las adenopatías sospechosas de malignidad.

Así, el tamaño, aunque no es criterio definitivo, supone un punto de corte con buena sensibilidad y especificidad para orientar la adenopatía como maligna². Por otra parte, la forma de los ganglios malignos –metastásicos y linfomatosos– suele ser redondeada, algo parecido a lo que ocurre con los ganglios tuberculosos³. Con la excepción del carcinoma medular de tiroides, las adenopatías malignas son generalmente hipoeccogénicas respecto de los músculos adyacentes. Las adenopatías linfomatosas suelen presentar nódulos ovoides hipoeccogénicos o anecogénicos⁴.

La presencia de hilus central ecogénico dentro de los ganglios linfáticos se ha considerado habitualmente como un signo de benignidad, aunque también es posible verlo en adenopatías malignas³. Sin embargo, las adenopatías malignas suelen tener una vascularización periférica o mixta –hiliar y periférica–, típica en los linfomas⁵.

Aunque la presencia aislada de cada uno de estos signos no debe determinar la actuación clínica, la conjunción de anamnesis, la exploración física, los datos analíticos y la ecografía clínica permite una orientación más precisa.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: javi6vega@hotmail.com (J.M. Martín Guerra).



Figura 1. A) Adenopatía axilar; B y C) imágenes de ecografía clínica, donde se evidencia adenopatía de 10 cm con presencia de zonas hiperecogénicas e hipoe-
cogénicas en su interior, márgenes irregulares y una vascularización mixta con el
doppler color.

La ecografía clínica en manos de generalistas constituye un complemento a su actividad clínica, pues tiene la capacidad de resolver o encauzar el problema del paciente en un mismo acto clínico. Es necesario enfatizar que se trata de un complemento de la exploración física que aportará información complementaria, pero que, en ningún caso, debe sustituirla.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Beltrán LM, García-Casasola G, members of the Group of Clinical Ultrasound of the Spanish Society of Internal Medicine. Ultrasonography managed by internists: The stethoscope of 21st century? *Rev Clin Esp (Barc)* 2014;**214**:155–60 [Article in English, Spanish].
2. Ying M, Ahuja A, Metreweli C. Diagnostic accuracy of sonographic criteria for evaluation of cervical lymphadenopathy. *J Ultrasound Med* 1998;**17**:437–45.
3. Vassallo P, Wernecke K, Roos N, Peters PE. Differentiation of benign from malignant superficial lymphadenopathy: The role of high-resolution US. *Radiology* 1992;**183**:215–20.
4. Ahuja A, Ying M, King W, Metreweli C. A practical approach to ultrasound of cervical lymph nodes. *J Laryngol Otol* 1997;**111**:245–56.
5. Wu CH, Hsu MM, Chang YL, Hsieh FJ. Vascular pathology of malignant cervical lymphadenopathy: Qualitative and quantitative assessment with power Doppler ultrasound. *Cancer* 1998;**83**:1189–96.