



<http://www.elsevier.es/semergen>

423/79 - CUANDO LA ETIOLOGÍA ES MÁS SENCILLA DE LO QUE PARECE

M. Alonso Santiago¹, M. Cobo Rossell², P. López Alonso Abaitua², L. Rodríguez Vélez³, L. Salag Rubio¹, D. San José de la Fuente⁴, M. Esles Bolado⁵, A. Valdor Cerro⁵, O. Casanueva Soler⁶, R. Maye Soroa¹

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabezón de la Sal. Torrelavega. ³Residente de Medicina Familiar y Comunitaria y Comunitario. Centro de Salud Puertochico. Santander. Torrelavega. ⁴Residente de Medicina Familiar y Comunitaria y Comunitario. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Torrelavega. ⁵Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Medicina Interna Hospital Sierrallana. Torrelavega. ⁶Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Torrelavega.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 27 años sin antecedentes médicos de interés, acude a consulta de Atención Primaria por presentar adenopatías inguinales de 3 semanas de evolución. Refiere que son indoloras y que no han aumentado excesivamente de tamaño desde que se las palpó, sin embargo, no desaparecen. Niega fiebre, dolor abdominal o inguinal, clínica urinaria, síndrome general o haber mantenido relaciones sexuales de riesgo.

Exploración y pruebas complementarias: La exploración física fue anodina. La paciente presentaba buen estado general. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando y depresible no doloroso a la palpación generalizada sin signos de peritonismo. No se palparon masas ni visceromegalias. En las ingles, se palparon 3 adenopatías de consistencia blanda, rodaderas, indoloras y no adheridas a planos profundos, dos en ingle derecha y una en ingle izquierda. El médico de Atención Primaria solicitó analítica de sangre junto con varias serologías (entre ellas hepatitis, VIH y sífilis), cuyos resultados fueron normales. Además, solicitó ecografía preferente de región inguinal que reveló presencia de 3 adenopatías descritas como de aspecto inespecífico que no impresionaban de patológicas, 2 en lado derecho de 1,2 y 0,8 cm y otra en lado izquierdo de 0,7 cm. Al no encontrar causa alguna, el médico de Atención Primaria recomendó a la paciente observación y ver evolución. A las 2 semanas, la paciente comenzó con malestar general y febrícula y decidió acudir al Servicio de Urgencias, explicando la presencia de adenopatías. El residente de guardia corroboró su existencia y solicitó nueva analítica (bioquímica y hemograma) con parámetros dentro de la normalidad y un elemental y sedimento que objetivó leucocituria intensa y bacteriuria abundante. Pautó tratamiento a la paciente con cefditoren y dejó recogido urocultivo donde se aisló E. coli. A las 2 semanas de tratamiento antibiótico, las adenopatías de la paciente desaparecieron.

Juicio clínico: Adenitis inguinal secundaria a infección del tracto urinario.

Diagnóstico diferencial: Foliculitis, quistes sebáceos, hernia inguinal, adenopatías (inflamatorias, infecciosas, tumorales.).

Comentario final: La causa más frecuente de presentar una adenopatía inguinal es una infección. Las enfermedades virales como el virus de la inmunodeficiencia humana y el virus de Epstein Barr, se asocian a menudo con adenopatías en todo el cuerpo y especialmente a este nivel. Las infecciones bacterianas

localizadas en la región pélvica, como ciertas infecciones de transmisión sexual, también pueden causar agrandamiento de los ganglios linfáticos inguinales, así como las infecciones del tracto urinario (aunque menos frecuentemente, de ahí lo peculiar de este caso). Sin embargo, la causa más temida de la adenopatía es el cáncer. Diversos cánceres malignos pueden causar adenopatía inguinal. El cáncer de testículo es otro cáncer que generalmente se propaga a estos nódulos. El cáncer rectal, el cáncer vulvar, el cáncer de pene y el cáncer vaginal también pueden causar agrandamiento de los ganglios linfáticos inguinales. De ahí a que como médicos siempre tendamos a descartar lo más frecuente y lo más grave, pero este caso nos muestra que no debemos descartar causas que a priori nos parezcan más remotas por ser menos complejas.

Bibliografía

Ferrer R. Linfadenopatía: diagnóstico diferencial y evaluación. Am Fam Physician 1999;6(Supl 2):64-72.