



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

210/70 - Los síntomas b" no son "buenos"

J. Sánchez Sánchez^a, L. Úbeda Cuenca^b, M. Rodríguez Márquez^c, M. Pancorbo Carro^d, A.A. Ruíz-Risueño Montoya^b e I. Asunción Sola^e

^aMédico Residente de 1^{er} año. Consultorio Los Narejos. Murcia. ^bMédico Residente de 4^º año. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^cMédico Residente de 1^{er} año. Centro de Salud Torre Pacheco Oeste. Murcia. ^dMédico de Familia. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^eMédico Residente de 1^{er} año. Centro de Salud Torre Pacheco Este. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 70 años remitido por su médico de familia por fiebre, sudoración nocturna, adenopatías inguinales y síndrome constitucional de corta evolución. Refiere astenia, hiporexia, y pérdida de peso en el último mes (sin cuantificar), así como aumento de tamaño de los ganglios inguinales, más en ingle derecha, con dolor al caminar. No lesiones en piel. No náuseas ni vómitos ni otra sintomatología. Antecedentes personales: dislipemia. Hiperuricemia. En estudio por digestivo por pirosis. Resección transureteral en 2009 por neoplasia vesical. Tratamiento crónico: atorvastatina, allopurinol y esomeprazol. Hábitos: exfumador hace 30 años de 1 paquete/día.

Exploración y pruebas complementarias: Febrícula 37,3 °C, constantes normales, buen estado general, normocoloreado y normohidratado. Dudosa adenopatía supraclavicular izquierda, no cervical ni axilar. Auscultación: rítmica y sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Abdomen blando y depresible. Discreta hepatomegalia 1-2 cm bajo reborde costal. Adenopatías inguinales bilaterales de al menos 2 cm, poco móviles, no duras y discretamente dolorosas a la palpación. Analítica con ANOEs y ENA, electrocardiograma, y radiografía de tórax y abdomen normal. Mantoux negativo. Espirometría normal. Ecografía abdominal e inguinal bilateral: adenopatías inguinales izquierdas, la de mayor tamaño de 16 × 14 mm y aspecto quístico/necrótico. Quistes renales bilaterales. AngioTAC de arterias pulmonares: sin datos concluyentes de TEP. Conglomerado adenopático subcarinal y adenopatías adyacentes a tronco celíaco y arteria mesentérica superior. Micronódulos pulmonares inespecíficos por imagen. Broncoscopia con toma de biopsia: linfoma T angioinmunoblastico.

Juicio clínico: Linfoma T angioinmunoblastico.

Diagnóstico diferencial: Leucemia linfática crónica/linfoma linfocítico de células pequeñas. Mieloma/plasmocitoma. Linfoma de la zona marginal extra ganglionar de tipo MALT. Linfoma de células del manto. Linfoma difuso de células grandes B. Linfoma folicular. Linfoma/leucemia de Burkitt. Linfoma de Hodgkin.

Comentario final: Como primera línea de tratamiento se inician corticoides (sobre todo por la edad del paciente) a la espera de valorar posible poliquimioterapia posterior. La supervivencia mediana es de 15-24 meses. La mayoría de los pacientes fallece por complicaciones infecciosas y no por la propia neoplasia.

BIBLIOGRAFÍA

