



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

199/20 - BOCIO

E. Espinola Coll^a, A. Bernal Hinojosa^b, B. García Gollone^c, J. Cano García^d y E. Gallego Castillo^e

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^dMédico Residente de 1^{er} año; ^eMédico de Familia. CS Coín. Málaga. ^bMédico Residente de 3^{er} año. CS Carranque. Málaga. ^cMédico Residente de 3^{er} año. CS San Andrés Torcal. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 22 años, sin alergias medicamentosas conocidas ni patologías de interés, natural de Ecuador. Acude a nuestra consulta de Atención Primaria por aumento de volumen de región anterior del cuello de dos meses de evolución, refiere cambios en la voz, a la exploración impresiona de bocio tiroideo, con nódulos palpables, por lo que se solicita analítica con perfil tiroideo y es derivado a consultas externas de Endocrinología. Valorado de nuevo en nuestra consulta por que ha acudido al servicio de urgencias por fiebre y tos de cinco días de evolución, le han pautado tratamiento antibiótico con Amoxicilina por sospecha de infección respiratoria, pero no encuentra mejoría. Tras explorar al paciente se auscultan crepitantes en ambas bases pulmonares, se solicita radiografía de tórax en la que se objetiva ensanchamiento mediastínico se decide deriva a hospital con carácter urgente para estudio de masa mediastínica.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente y orientado, buen estado general. Cabeza y cuello: Se palpan adenopatías cervicales de unos 2-3 cm, duras adheridas a planos profundos. Bocio tiroideo con varios nódulos palpables. Auscultación: tonos rítmicos sin soplos, murmullo vesicular conservados con crepitantes en ambas bases. Analítica sanguínea: leucocitos 5.600 (neutrófilos 43%), Hb 9,5, PCR 114. Resto sin hallazgos. TSH: 4,35, T4 1,49, antitipo negativo. Serología: IgG + CMV y VEB, IgM negativo, resto de virus negativos. Radiografía tórax: Ensanchamiento mediastínico. No imágenes de condensación. TAC: adenopatías de tamaño significativo laterocervicales, supraclaviculares mediastínicas e hiliares, derrame pleural bilateral, hepatoesplenomegalia y lesiones focales en bazo. Biopsia adenopatía: linfoma de Hodgkin clásico, celularidad mixta (con células neoplásicas de Hodgkin y Reed-Stenberg CD 15 y CD 20).

Juicio clínico: Linfoma de Hodgkin clásico estadio IIb.

Diagnóstico diferencial: Bocio endotorácico. Bocio multinodular. Infección respiratoria.

Comentario final: El paciente fue ingresado en el hospital para realización de pruebas complementarias pertinentes, se inició quimioterapia previa criopreservación del semen. El linfoma de Hodgkin es uno de los linfomas más frecuentes en países occidentales, son múltiples las formas de presentación, siendo la más típica por adenopatías. El paciente consultó por sensación de aumento de región cervical anterior y orientamos el paciente a que pudiera tener un bocio, derivando a consulta de endocrino para estudio, pero el paciente ya contaba con adenopatías laterocervicales y supraclaviculares, por lo que a la hora de explorar la región cervical hay que hacerlo por completo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Watanabe N, Noh JY, Narimatsu H, Takeuchi K, Yamaguchi T, Kameyama K, et al. Clinicopathological features of 171 cases of primary thyroid lymphoma: A long-term study involving 24,553 patients with Hashimoto's disease. *Br J Haematol*. 2011;153:236-43.
2. Walsh S, Lowery AJ, Evoy D, McDermott EW, Prichard RS. Thyroid lymphoma: Recent advances in diagnosis and optimal management strategies. *Oncologist*. 2013;18:994-1003.
3. Freedman A. Follicular lymphoma: 2011 update on diagnosis and management. *Am J Hematol*. 2011;86:768-75.
4. Henry PH, Longo DL. Linfadenopatía y esplenomegalia. En: Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J, eds. *Harrison Principios de Medicina Interna*, 17ª ed. McGraw-Hill.