



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 199/37 - UN DIAGNÓSTICO INESPERADO

D. Ternerero Escudero<sup>a</sup>, A. Gutiérrez García<sup>b</sup>, M. Reina Martín<sup>c</sup>, M. Morales del Águila<sup>d</sup> y M. Rodríguez Ordóñez<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>d</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Delicias. Málaga. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puerta Blanca. Málaga. <sup>c</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Portada Alta. Málaga. <sup>e</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tiro Pichón. Málaga.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 17 años con antecedentes personales de hipotiroidismo en tratamiento con levotirosina 25 mg. No hábitos tóxicos. Paciente procedente de otro centro sanitario por cambio de domicilio que en los últimos dos meses acude en varias ocasiones al servicio de urgencias por odinofagia y adenopatías laterocervicales con sospecha diagnóstica de mononucleosis infecciosa con tratamiento sintomático. Reevaluamos en nuestra primera consulta a la paciente, que refiere desde hace 2 meses adenopatías cervicales que han ido progresivamente aumentando de tamaño, odinofagia y tos irritativa. Ocasionalmente sensación distérmica sin objetivarse fiebre, sensación disneica, molestias centrotorácicas y sudoración profusa de predominio nocturno. Pérdida de 4 Kg en las últimas semanas. Solicitamos radiografía de tórax y analítica sanguínea, y ante los hallazgos derivamos a servicio de urgencias.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. Consciente. Bien hidratada y perfundida. TA: 115/65. SatO<sub>2</sub>: 98%. Faringe hiperémica sin exudados. Adenopatías laterocervicales bilaterales destacando una de 4 cm laterocervical derecha y otra en escotadura yugular no adheridas a planos profundos y de consistencia dura. Auscultación cardiorespiratoria: rítmica sin soplos. Murmullo vesicular conservada. No ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, sin palpación de masas ni megalias. No doloroso a la palpación. No signos de TVP o edemas en MMII. Analítica sanguínea: Hemoglobina 11,4. Leucocitos 7.700 con linfopenia. Plaquetas 432.000. Glucosa, función renal y hepática normales. LDH 540. PCR 43. TSH 3,25. Frotis sanguíneo normal. Serología negativa. Radiografía de tórax: Ensanchamiento mediastínico anterosuperior. ECG: Ritmo sinusal a 90 lpm sin alteraciones. TC toracoabdominal: Conglomerado adenopático en ambas cadenas vasculares laterocervicales que extienden a nivel supraclavicular y mediastínico. Masa sólida en mediastino anterosuperior que se extiende desde encrucijada cervicotorácica hasta bifurcación hiliar con área de necrosis en su interior que produce desplazamiento posterior de tráquea. Múltiples nódulos bilaterales de predominio en lóbulo superior derecho. Derrame pleural derecho, leve. Punción-aspiración aguja fina: Linfoma no Hodgkin B difuso de células grandes estadio IVa.

**Juicio clínico:** Linfoma no Hodgkin B difuso de células grandes estadio IVa.

**Diagnóstico diferencial:** Mononucleosis infecciosa. Faringitis vírica. Primoinfección VIH.

**Evolución:** Ingreso a cargo de servicio de Oncología donde se inicia tratamiento con quimioterapia y posterior radioterapia. Presentó como complicaciones de la radioterapia neumonía bilateral y esofagitis rádica. Tras completar tratamiento, permanece en seguimiento con remisión de la enfermedad en la

actualidad.

**Comentario final:** El linfoma no Hodgkin es responsable de aproximadamente el 7% de los cánceres infantiles en el mundo desarrollado. Supone el 25% de los casos de cáncer en la franja de edad de 15 a 19 años. Consiste en un grupo diverso de neoplasias malignas de los tejidos linfoides. A diferencia de los adultos, donde predominan los subtipos de bajo grado, la mayoría de los casos infantiles son de alto grado y tienen un comportamiento clínico agresivo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Freedman AS, Friedberg JW, Aster JC. Clinical presentation and diagnosis of non-Hodgkin lymphoma. UpToDate, 2015.
2. Termuhlen AM, Gross TG. Overview of non-Hodgkin lymphoma in children and adolescents. UpToDate, 2016.