



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

264/104 - UN GOLPE DURO

E. Gallego Castillo^a, E. Espinola Coll^b y M. Durán Chiappero^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud Coín. Málaga. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Coín. Málaga. ^cMédico de Familia. Dispositivo Distrito Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 39 años que acude a consulta porque desde hace varios meses, no sabe precisar, se nota bulto en región supraclavicular derecha con sensación de tirantez y hormigueo esporádico en cuello y hemicara derecha. No pérdida de peso. No fiebre. No disfagia ni afonía. Solicitamos pruebas complementarias. No alergia medicamentosas. No hábitos tóxicos. No enfermedades de interés.

Exploración y pruebas complementarias: Cabeza y cuello: tumoración redondeada de consistencia elástica, adherido a planos profundos. No dolorosa a la palpación. ORL: normal. ACR: tonos rítmicos. Discreta hipoventilación bilateral con algún sibilante aislado. Abdomen: normal. Analítica: beta-2-microglobulina 2,07 mg/L. Resto normal. Serología: Normal. Mantoux negativo. EKG: normal. Rx tórax: ensanchamiento mediastínico. TAC torácico: conglomerado adenopático que desplaza vena yugular izquierda y tráquea hacia lado izquierdo. La de mayor tamaño se sitúa a nivel paratraqueal superior derecho de unos 4,4 cm de diámetro. Compatible con síndrome linfoproliferativo. Biopsia adenopatía supraclavicular derecha: Ganglio linfático con arquitectura borrada y proliferación neoplásica con patrón nodular, células Reed-Sternberg, abundantes linfocitos T, células plasmáticas y eosinófilos.

Juicio clínico: Linfoma de Hodgkin tipo esclerosis nodular estadio IIA (pronóstico desfavorable).

Diagnóstico diferencial: Linfoadenopatías, metástasis, abscesos.

Comentario final: La paciente inicia tratamiento quimioterápico sin radioterapia asociada. Durante el cual la paciente presenta cuadro de hiperemesis, neutropenia y astenia que modifican las sesiones de tratamiento. En la actualidad buena respuesta al tratamiento con remisión parcial de la enfermedad. Este caso fue especial para nosotros porque la paciente había perdido recientemente a su padre por un cáncer por lo que había demorado su asistencia a la consulta. Al explorarla nos dimos cuenta de la potencial gravedad de la situación y nos pusimos en contacto con otros compañeros del centro de salud para realizar las pruebas complementarias al día siguiente, ya que la paciente no quería ir al hospital. La celeridad en la petición de pruebas, no caer en la inercia diagnóstica y terapéutica son los puntos destacables de este caso y sobre todo la forma en la que se abordó la información a la paciente sobre la sospecha diagnóstica, dados los antecedentes familiares de la paciente.

Bibliografía

1. Pervez S. Abro B. Shahbaz H. Small lymphocytic lymphoma with Reed Sternberg cells: a diagnostic dilemma. BMJ Case Rep. 2017.

2. Rossi C, Casasnovas RO. New therapy outlooks in Hodgkin lymphoma. *Bull Cancer*. 2017;104(2):182-94.
3. Rentas Torres Y, Rodríguez-López JL, Valentin M, Silva H. Difficult Diagnosis between B Cell lymphoma and Classical Hodgkin's Lymphoma. *Bol Asoc Med P R*. 2015;107(3):98-101.
4. Von Wasielewski S, Franklin J, Fischer R, et al. Nodular sclerosing hodgkin disease: new grading predicts prognosis in intermediate and advanced stages. *Blood*. 2003;101(10):4063-9.
5. Harris NL. Hodgkin's lymphomas: classification, diagnosis, and grading. *Semin Hematol*. 1999;36(3):220-32.