



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

387/155 - ADENOPATÍA CERVICAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Casal Calvo¹, M. González López², G. Rijo Nadal³, A. Aldama Martín¹, A. Asturias Saiz³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño. Cantabria.²Médico de familia. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño. Cantabria.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Morante. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 41 años, acude a consulta por masa cervical izquierda de 3 meses de evolución, no dolorosa. Niega fiebre, odinofagia, disfagia, dificultad respiratoria, disfonía, ni mal estado general. No ha realizado viaje reciente, no contacto con animales. Como antecedentes de interés, fumador activo con IPA 15 cigarrillos/año, amigdalectomía en la infancia.

Exploración y pruebas complementarias: Destacan 2 adenopatías induradas, no móviles, en región laterocervical izquierda, de aproximadamente 5 cm de diámetro, no dolorosas a la palpación. Resto anodino. Se solicita hemograma, bioquímica y serología de citomegalovirus, virus de Epstein-Barr, toxoplasma, hepatitis, herpes virus y VIH, sin hallazgos. Asimismo se solicita ecografía cervical, objetivándose múltiples adenopatías de aspecto patológico, la mayor de 4,7cm, en ambas estaciones II cervicales. Con estos hallazgos se decide interconsulta preferente a servicio de ORL para completar estudio. Tras realización de TAC, PET y biopsia por aguja gruesa de adenopatía laterocervical izquierda y de cavum, es diagnosticado de carcinoma epidermoide indiferenciado de nasofaringe, estadio T1N2M0.

Juicio clínico: Carcinoma indiferenciado de nasofaringe.

Diagnóstico diferencial: Las principales causas de adenopatías son: infecciones, patología hematológica (linfoma, leucemia), metástasis, origen autoinmune (artritis reumatoide, lupus...), fármacos, sarcoidosis, amiloidosis. Las adenopatías cervicales son las más frecuentes, sobre todo relacionadas con Infecciones del área ORL. Con menor frecuencia por procesos neoplásicos de estructuras de cara, cuello, pulmón y mama, o linfomas.

Comentario final: En Atención Primaria la causa más frecuente de adenopatía es la de origen infeccioso o reactivo (60% de los casos). La anamnesis exhaustiva y una cuidadosa exploración física, seguidas de unas pruebas complementarias adecuadas, permiten llegar al diagnóstico en un 90% de los casos. Las características de la linfadenopatía y su localización son fundamentales para orientar el diagnóstico. La edad es el factor pronóstico más importante, los niños y adultos jóvenes suelen presentar patología benigna, pero a partir de los 40 -50 años la incidencia de procesos malignos aumenta. Tiempo de evolución de menos de 2 semanas o de más de 1 año sin incremento de tamaño orientan a benignidad. Los ganglios menores de 1 cm de diámetro se consideran normales, los mayores de 4 cm son sospechosos de malignidad. Ganglios de localización supraclavicular deben considerarse siempre patológicos. Los ganglios con consistencia blanda suelen ser de causa infecciosa, aquellos con consistencia firme son típicos de linfomas y los duros son característicos de las metástasis ganglionares. Los ganglios linfáticos móviles orientan a causa infecciosa o

por linfomas, los metastásicos suelen ser fijos al estar adheridos a planos profundos. La adenopatía dolorosa sugiere un proceso infeccioso, las metastásicas no suelen ser dolorosas. El reto del médico de familia es identificar a los pacientes que deben ser derivados al segundo nivel asistencial por la sospecha de malignidad.

Bibliografía

Ferrer RL. Evaluation of peripheral lymphadenopathy in adults. Uptodate. Última actualización: Feb 06, 2018. Disponible en: <https://www-uptodate-com.scsalud.a17.csinet.es/contents/evaluation-of-peripheral-lymphadenopathy-in-adults>