



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

## 160/1504 - Adenopatías cervicales, ¿en qué pensar?

R. Reyes Aguilar<sup>a</sup> y J. Sánchez López-Gay<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza de Toros. Almería. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar. Centro de Salud Huercal de Almería. Almería.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 25 años natural de Ecuador, a donde no ha vuelto desde su llegada, en España desde hace 14 años, sin otros antecedentes de interés. Acude a nuestra consulta de AP por debilidad generalizada desde hace 2 meses, acompañado de hiporexia y pérdida de peso no medido, sin otra sintomatología acompañante.

**Exploración y pruebas complementarias:** A la exploración destaca adenopatía supraclavicular y axilar de unos 2 cm, móviles, elásticas no adheridas a planos profundos y no dolorosas. Se solicita radiografía de tórax y analítica donde se detecta hemoglobina 10,7 g/dl; hematocrito 33,9%; volumen corpuscular medio 69,6 fL; plaquetas 330.000; hierro 24 ?g/dl; ferritina 12 ng/ml; IgG 2.026 mg/dl (resto de Ig normales); resto, que incluye serologías, normal. Dado los hallazgos analíticos comenzamos tratamiento con hierro oral y se deriva a Hematología para completar estudio. En dicho servicio continúan estudio, presentando electroforesis negativa para hemopatía, TAC cérvico-torácico-abdominal concluyente de adenopatías laterocervicales de predominio supraclavicular y axilar izquierdas, de tamaño patológico (hasta 40 mm diámetro transverso en axila izquierda). Se realiza biopsia de adenopatía resultando inflamación crónica granulomatosa necrotizante compatible con micobacterias. Tras estos hallazgos se deriva a la Unidad de infecciosos donde se realiza PPD presentando induración de 65 mm por lo que instauran tratamiento tuberculostático y derivan a nuestra consulta de AP para control de tratamiento y potencial de toxicidad. En estos momentos la paciente continúa con hierro oral, presentando mejoría de la anemia, y tuberculostático.

**Juicio clínico:** Tuberculosis ganglionar.

**Diagnóstico diferencial:** Linfoma tipo Hodgkin. Carcinoma epidermoide de cabeza y cuello de forma metastásica. Enfermedad por arañazo de gato. Toxoplasmosis. Mononucleosis infecciosa.

**Comentario final:** La tuberculosis ganglionar constituye la forma más frecuente de la tuberculosis extrapulmonar, siendo la localización más frecuente en los ganglios linfáticos cervicales y de la región supraclavicular. La TBC en esta localización se desarrolla tras diseminación por vía hematogena o linfática desde un foco distante, aunque puede ser también por vía linfática directamente desde la mucosa orofaríngea y las estructuras relacionadas. No suele acompañarse de sintomatología constitucional ni fiebre. Las adenopatías tienden a crecer gradualmente y con el tiempo puede sufrir necrosis, fluctuar y presentar signos inflamatorios con fistulización y drenaje de caseum al exterior, lo que se conoce como escrófula. Las adenopatías pueden permanecer e incluso aumentar de tamaño a pesar de un tratamiento eficaz.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Alvarez S, McCabe WR. Extrapulmonary tuberculosis revisited: a review of experience at Boston City and other hospitals. *Medicine (Baltimore)*. 1984;63:25-55.
2. Peralta Fernández G. Tuberculosis de cabeza y cuello. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2009;60(1):59-66.
3. Wang WC, Chen JY, Chen YK. Tuberculosis of the head and neck: a review of 20 cases. *Oral Surg oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2009;107:381-6.