



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/455 - Doctor, ¿qué le pasa a mi cuello?

Y. Romero Castro<sup>a</sup>, A.B. Martorell Pro<sup>a</sup>, D.P. Piñar Cabezas<sup>b</sup>, C. Aguayo Jiménez<sup>b</sup>, M.Á. Gomariz Martínez<sup>c</sup>, M.G. Cortez Ledesma<sup>d</sup>, A. Carrasco Angulo<sup>e</sup>, L. Úbeda Cuenca<sup>f</sup>, M. Martínez Pujalte<sup>g</sup> y A.C. Frazao dos Santos<sup>h</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia. <sup>b</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia. <sup>c</sup>Médico de Familia. Gerencia 061. Murcia. <sup>d</sup>Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de San Javier. Murcia. <sup>f</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. <sup>g</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. <sup>h</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de los Alcázares. Murcia.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 34 años que consulta por nódulo doloroso en área supraclavicular izquierda de 24 horas de evolución. Refiere infección respiratoria en los días previos. No síndrome constitucional, fiebre ni sudoración nocturna. Como únicos antecedentes destaca que la paciente es de procedencia China y presentó un Mantoux positivo en 2011 por contacto familiar. En la analítica no habían alteraciones relevantes. Se solicita ecografía que objetiva nódulo sólido supraclavicular izquierdo de 35 × 24 × 36 mm. Ante la sospecha de tuberculosis ganglionar o síndrome linfoproliferativo se remite a la consulta de Medicina Interna para completar estudio. En TC de cuello y tórax se aprecia masa conglomerado en cuello y en mediastino anterior, que apoyaría el diagnóstico de enfermedad proliferativa, decidiendo realizar de biopsia escisional de ganglio en vez de PAAF, con el resultado de linfoma de Hodgkin. La paciente inicia tratamiento quimioterápico y seguimiento por parte de hematología con buena evolución.

**Exploración y pruebas complementarias:** BEG. Normohidratada y normocoloreada. Afebril. ORL: normal. Nódulos doloroso en área supraclavicular izda de consistencia dura parcialmente adherido a planos profundos. No se palpan adenopatías en otros territorios. Resto de exploración física normal. Pruebas complementarias: bioquímica con perfil hepático, férrico y hemograma normales. Gammaglobulina 1.610. Serología VIH, CMV y VEB negativa. Anti-HBs > 1.000 con Ag negativo. Ecografía: nódulo supraclavicular izquierdo de 35 × 24 × 36 mm sólido, hipoecoico, con vascularización interna radial. TC cuello: masa/conglomerado en nivel IV izquierdo, de 4 × 2,1 × 2 cm, de bordes bien definidos, con marcada vascularización. Existen 2 adenopatías laterales a la masa de hasta 2 cm. TC tórax: LOE en mediastino anterior de 6,7 × 8,4 cm acompañado de masa/conglomerado adenopático. TC abdomen: sin hallazgos. Biopsia ganglionar: linfoma Hodgkin clásico tipo esclerosis nodular.

**Juicio clínico:** Linfoma Hodgkin clásico estadio IIA.

**Diagnóstico diferencial:**-Enfermedades infecciosas: mononucleosis, VIH, TBC, etc. Enfermedades hematológicas: linfoma, leucemia. Metástasis ganglionar de tumor sólido. Enfermedades autoinmunes y/o autoinflamatorias: lupus, sarcoidosis, enfermedad de Castleman.

**Comentario final:** En Atención Primaria, la causa más frecuente de adenopatía es la de origen infeccioso o reactivo. La edad es el factor pronóstico más importante en cuanto a la probabilidad de benignidad o malignidad. La adenopatía supraclavicular debe ser remitida siempre, para su estudio, al siguiente nivel asistencial ya que esta localización es la que más se asocia a etiologías malignas. El diagnóstico definitivo, en muchos casos, debe hacerse a través de un estudio histológico. La mayor rentabilidad se obtiene con la biopsia, sobre todo cuando la sospecha de un síndrome linfoproliferativo es alta, ya que en estos casos la muestra obtenida por PAAF no es suficiente. Conclusión: 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

1. Raluy Domínguez JJ, Meleiro Rodríguez L. Adenopatías. AMF 2011;7(4):218-22.
2. Bazemore AW, Smucker DR. Lymphadenopathy and malignancy. Am Fam Physician. 2002;66(11):2103-10.
3. Ferrer R. Lymphadenopathy: differential diagnosis and evaluation. Am Fam Physician. 1998;58:1313-20.