



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/1739 - Linfoma de alto grado asintomático

M. García Fernández<sup>a</sup>, A. Sarmiento Calderón<sup>b</sup>, H. Safir Jabeen<sup>c</sup>, E. Madera González<sup>d</sup> y N.A. Imbachí Zambrano<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Eras de Renueva. León. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trobajo del Camino. León. <sup>c</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado. León. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud La Bañeza I. León. <sup>e</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés del Rabanedo. León.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón, 26 años, sin antecedentes de interés y asintomático, que es remitido a urgencias hospitalarias por masa cervical derecha indolora, de 3 meses de evolución, con crecimiento importante en el último mes, que no responde a tratamiento convencional (antibiótico y antiinflamatorios).

**Exploración y pruebas complementarias:** Valorado en urgencias hospitalarias se aprecia adenopatía laterocervical derecha de 5-6 cm, de consistencia dura, adherida a planos profundos y no dolorosa a la palpación. Se realiza analítica (hemograma, bioquímica y coagulación), que resulta normal, y TAC cervical que es informado como gran conglomerado de adenopatías cervicales derechas, a descartar proceso linfoproliferativo. Ante estos resultados es enviado a la Unidad de Diagnóstico Rápido de Medicina Interna para completar estudio: hemograma, bioquímica, coagulación y serologías normales, proteinograma (perfil beta-gamma alterado), TAC toraco-abdominal que descarta proceso linfoproliferativo a ese nivel, y biopsia guiada por ecografía que confirma la sospecha diagnóstica. El paciente ingresa en Hematología donde se confirma la no infiltración de médula ósea (medulograma, biopsia y citometría de flujo), ni extensión a líquido cefalorraquídeo (LCR) (citometría de flujo), e inicia tratamiento quimioterápico.

**Juicio clínico:** Linfoma de alto grado con rasgos intermedios entre linfoma B difuso de célula grande (LBDCG) y linfoma de Burkitt (Ki67+ más del 95% núcleos, translocación gen MYC).

**Diagnóstico diferencial:** Ante una adenopatía cervical en paciente joven siempre se debe realizar un diagnóstico diferencial para conocer la etiología previo al inicio de tratamiento. La anamnesis y la exploración física pueden orientar el diagnóstico y la elección de pruebas complementarias. La causa más común es la infecciosa, aunque se debe descartar proceso linfoproliferativo, invasión tumoral y enfermedades autoinmunes.

**Comentario final:** En este caso, dada la edad del paciente, la escasa respuesta a tratamiento y presencia de adenopatía laterocervical como única manifestación (con las características anteriormente explicadas), se debería descartar la presencia de un linfoma como primera posibilidad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lalueza Blanco A, González Fuentes R. Adenopatías y esplenomegalia. En: Carlavilla Martínez AB, Castelbón Fernández FJ, et al, editores. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario

12 de Octubre. 6ª edición. Madrid: MSD. 2007; p. 951-60.

2. Díaz-Mediavilla J. Síndrome adenopático. En: Ausina V, Callejas JM, Carmena R, et al, editores. Farreras-Rozman: Medicina Interna. 15ª edición. Madrid: Elseiver. 2004; p. 1728-30.

3. Rozman Jurado M, Rozman C. Fundamentos del diagnóstico hematológico. En: Rozman C, Cardellach F, Agustí A, Bayés de Luna A, Brugada J, Campistol JM, Carmena R, Carreres A, et al, editores. Farreras-Rozman: Medicina Interna. 17ª edición. Barcelona: Elsevier. 2012; p. 1495-512.

4. López Guillermo A, Bosch Albareda F. Linfomas y otras enfermedades ganglionares. En: Rozman C, Cardellach F, Agustí A, Bayés de Luna A, Brugada J, Campistol JM, Carmena R, Carreres A, et al, editores. Farreras-Rozman: Medicina Interna. 17ª edición. Barcelona: Elsevier. 2012; p. 1601-19.

5. Henry PH, Longo DL. Linfadenopatía y esplenomegalia. En: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, editores. Harrison. Principios Medicina Interna. 18ª edición. Madrid: Mc Graw Hill, 2012; p. 37075.

6. Thomas E, Nadal MJ, Guinea J, Refoyo E. Linfadenopatía en un paciente joven. SEMERGEN. 2002;28(1):47-50.

7. Raluy Domínguez JJ, Meleiro Rodríguez L. Adenopatías. AMF. 2011. Disponible en: [http://amf-semfyc.com/web/article\\_ver.php?id=831](http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=831) (Último acceso 18 julio 2015).