



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/993 - Un Hallazgo incidental

C. Fernández Pereda^a, B. Saínz Santos^b, I. Rodríguez Marcos^c, P. Jiménez Sahelices^c, A. Saínz Arroyo^d, D. Iturbe Fernández^e, I. Santos Donado^f, V. Fernández Menéndez^g, A. Marcos Martín^h y Z. Soneira Rodríguezⁱ

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Zona 1. Santander. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. ^dMédico de Atención Primaria. Centro de Salud Garrido Sur. Salamanca. ^eMédico Especialista en Neumología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ^fMédico de Atención Primaria. Centro de Salud Benavente Sur. Benavente. ^gMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cangas del Narcea. Asturias. ^hMédico de Atención Primaria. Centro de Salud Los Castros. Santander. ⁱMédico de Atención Primaria. Servicio Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 25 años de edad que acude a nuestra consulta de Atención Primaria por cuadro de aproximadamente 15 días de evolución en que nota una tumoración supraclavicular derecha, sin crecimiento evidente desde entonces. Niega disfagia, edema facial, síndrome febril, síndrome general, ni sudoración nocturna. Refiere ocasionalmente leve prurito. No antecedentes personales de interés. Ante este hallazgo se inicia estudio ambulatorio y derivación a atención especializada.

Exploración y pruebas complementarias: Cabeza y cuello: adenopatía supraclavicular derecha indurada, alguna adenopatía cervical bilateral de pequeño tamaño, móviles, no adheridas a planos profundos. ORL: normal. Tórax: AC: rítmica sin soplos. AP: buena ventilación bilateral. No adenopatías axilares. Exploración mamaria bilateral normal. Abdomen: no se palpan visceromegalias. No adenopatías a otros niveles. Bioquímica y hemograma: VSG 50 mm y LDH 252 U/L. Resto normal. Coagulación: actividad de protrombina 62%. Proteinograma: elevación Alfa1 y Alfa2 globulinas, hipoalbuminemia. Microbiología: VHB y VHC negativos. VIH1/VIH2 Negativo. Toxoplasma gondii IgG e IgM negativo, citomegalovirus IgG e IgM negativo, Epstein-Barr virus IgG positivo, e IgM negativo. TBC: negativo. Rx tórax: ensanchamiento mediastínico. Ecografía de cuello: múltiples adenopatías laterocervicales (supraclaviculares, laterales a los grandes vasos y en triángulos posteriores) con morfología alterada y con pérdida del hilio graso vascular normal. TAC cuello-toracoabdominal: adenopatías patológicas en la cadena espinal derecha baja, supraclaviculares y mediastínicas, conformando una masa en el mediastino anterior de 8,5 × 5,3 cm. PET: masa-conglomerado adenopático en mediastino. No alteraciones patológicas a otros niveles. Biopsia de adenopatía supraclavicular derecha: Ganglio linfático con proliferación neoplásica (células lacunares en un entorno polimorfo compuesto de linfocitos e histiocitos) Las células se agregan en nódulos con esclerosis focal.

Juicio clínico: Linfoma de Hodgkin estadio IIA con masa mediastínica voluminosa.

Diagnóstico diferencial: Enfermedades infecciosas. Leucemias agudas. Enfermedades metastásicas.

Comentario final: Las adenopatías son alteraciones del tamaño, consistencia o número de nódulos linfáticos situados en una determinada zona, causada por la invasión o propagación de células inflamatorias o de otra

índole dentro del nódulo. Es fundamental la anamnesis y exploración física para la orientación del diagnóstico etiológico dado la multitud de etiologías posibles. Las causas más frecuentes son infecciosas seguidas de procesos linfoproliferativos como linfomas o leucemias, por lo que hay que vigilar siempre la evolución y síntomas de alarma. La localización supraclavicular tiene un mayor riesgo de malignidad en cualquier franja de edad. El linfoma de Hodgkin suele presentar una afectación ganglionar localizada, con dos picos de incidencia (20 y 40 años) por lo que era importante descartarlo en nuestro caso. Habitualmente asocia fiebre o sudoración pudiendo presentarse también de manera asintomática. Nuestra paciente fue tratada en Hematología con quimioterapia (esquema ABVD) y radioterapia posterior sobre las áreas afectas, encontrándose actualmente libre de enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ferrer R. linfadenopatía: diagnóstico diferencial y evaluación. Am Fam Physician. 1998;58:1313.
2. Fijten GH, Blijham GH. Linfadenopatía inexplicada en medicina familiar. Una evaluación de la probabilidad de causas malignas y la eficacia de estudio diagnóstico de los médicos. J Fam Pract. 1988;27:373.