



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/535 - ¡Menos mal que me edematicé!

M. Ruiz Ruiz^a, L. Frutos Muñoz^b y M. Borrallo Herrero^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^bMédico de Familia. Centro de Salud El Valle. Jaén. ^cMédico Residente. Centro de Salud San Felipe. Jaén.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 64 años, hipertenso y con xerosis cutánea generalizada que le provoca abundante prurito desde hace dos años, que acude a consulta por la aparición de un edema en miembro superior izquierdo de una semana de evolución. No tiene fiebre, ni síndrome constitucional. No tiene ninguna otra sintomatología acompañante. Exploramos al paciente y le realizamos una ecografía. Tras ver el resultado lo derivamos al servicio de urgencias para ser ingresado en el servicio de medicina interna y estudio posterior.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración se observa un edema hasta pectoral izquierdo con una masa axilar móvil. Además, tiene numerosas lesiones de rascado en miembro y tronco y una lesión eritematosa en la flexura del codo. Analítica: hemograma, coagulación y bioquímica con valores en rango normal, excepto una PCR (proteína C reactiva) de 9 y una VSG (velocidad de sedimentación globular) de 20 ECG: normal Rx tórax: refuerzo de trama en campos pulmonares centrales. Eco: lesión hipoeccogénica en pared torácica izquierda profunda al músculo pectoral, con posible afectación costal y adenopatía adyacente. Imagen que puede corresponder con LOE (lesión ocupante de espacio) sólida y que parece comprimir extrínsecamente la porción distal de la vena subclavia izquierda. TAC torácico: adenopatías en región axilar izquierda, de aspecto patológico, asociado a aumento de densidad grasa en región axilar y circulación colateral. Masa con densidad de partes blandas en axila izquierda, que engloba a la vena subclavia, sin signos de infiltración que desdibuja plano graso con músculo pectoral menor, no apreciándose lesiones óseas. Biopsia: linfoma de Hodgkin.

Juicio clínico: Linfoma de Hodgkin predominio linfocítico nodular.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial al palpar un bultoma debemos hacerlo con lipomas y quistes. Al comprobar que se trata de una adenopatía, el diagnóstico diferencial se debe de hacer con infecciones, enfermedades autoinmunes, metástasis, linfomas y leucemias.

Comentario final: Es importante realizar una buena anamnesis y exploración en una patología tan frecuente en nuestras consultas como son las adenopatías para captar los signos de alarma.

Bibliografía

1. Redondo Sánchez J. Actitud ante una linfadenopatía localizada. JANO. 2009;1752:31-3.
2. Ferrer R. Lymphadenopathy: differential diagnosis and evaluation. Am Fam Physician. 1998;58:1313-20.

Palabras clave: Adenopatía. Linfoma. Edema.