



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

242/895 - ¿EN QUÉ PENSAR CUANDO APARECE UNA ADENOPATÍA CERVICAL?

M. Santos Matallana^a, J. Lamolda Poyatos^b, J. Pedrajas Navas^c, R. Perales Muñoz^d y M. Docavo Barrenechea-Moxo^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico San Carlos. Centro de Salud Las Águilas. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Las Águilas. Madrid. ^cMédico Internista. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico San Carlos. Centro de Salud Las Águilas. Madrid. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valle Inclán. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 23 años, acude por nódulo de 2 × 2 cm laterocervical derecho de 15 días de evolución, firme, doloroso, sin signos flogóticos. No presentó síntomas respiratorios o sistémicos durante su evolución. En días sucesivos aumentó de tamaño y aparecen signos de flogosis. No respondió al tratamiento con amoxiclavulánico.

Exploración y pruebas complementarias: Auscultación cardiopulmonar normal, no visceromegalias, no otras adenopatías. Hemograma, bioquímica y hormonas tiroideas normales, VSG 20, PCR 1,35. Serología VIH, Hepatitis, CMV, VEB, sífilis negativas. Mantoux de 19 mm, y radiografía de tórax con “aumento de densidades en campo medio izquierdo compatibles con probable proceso tuberculoso”. Ecografía sugerente de “adenopatía abscesificada”. Se remitió a Medicina Interna para completar estudio realizándose PAAF de la adenopatía: Citología: negativa para malignidad; inflamación con presencia de granulomas. Zhiel y cultivo negativos. PCR para el ADN del bacilo positiva. TAC de tórax con contraste: “parénquima pulmonar con múltiples nódulos de predominio en campos medios y superiores sugerentes de tuberculosis”.

Juicio clínico: Escrófula y tuberculosis pulmonar.

Diagnóstico diferencial: Otras adenopatías infecciosas, absceso, quiste subepidérmico, patología tiroidea, ganglio tumoral o metastásico, linfomas, leucemias.

Comentario final: Se mantuvo tratamiento antituberculoso durante 6 meses evolucionando favorablemente. La tuberculosis es la enfermedad infecciosa más prevalente del mundo. La TBC extrapulmonar constituye un 10-20% de casos en pacientes inmunocompetentes, siendo la afectación ganglionar la más frecuente. En más del 75% de casos la linfadenitis tuberculosa tiene localización cervical siendo mayor su incidencia en mujeres jóvenes con una afectación pulmonar concomitante en el 18-42% de los casos. Si sospechamos TBC ganglionar la PAAF es la prueba de elección. Por último la linfadenitis tuberculosa primaria es una entidad muy rara; aún en pacientes asintomáticos está indicadas las pruebas que permitieron realizar el diagnóstico de TBC pulmonar.

Bibliografía

1. Deveci HS, et al. Diagnostic challenges in cervical tuberculous lymphadenitis: A review. North Clin Istanb. 2016;3(2):150-55.

2. Moreno Caballero B, Lopez Faraldo A. Formación médica continuada en atención primaria. 2008;15(7):454-8.
3. Campillos MT, San Laureano T, Agudo Polo S. Escrófula tuberculosa. Formación médica continuada en atención primaria. 2001;8(7):582-3.

Palabras clave: Adenopatía. Escrófula. Tuberculosis pulmonar.