Semergen. 2018;44(Espec Congr 17): 886

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

347/4340 - ADENOPATÍAS ¡SIGNO DE ALARMA!

M. Roldán García[a], L. Copado Campos[b] y A. Martínez Quesada[c]

[a]Médico de Familia. Centro de Salud de Níjar. Almería. [b]Médico de Familia. Centro de Salud de Tabernas. Almería. [c]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Isidro. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 30 años. Natural de Marruecos residiendo en España desde 2015. Antecedente de quiste coloide tiroideo de 4 mm en lóbulo tiroideo derecho en 2015. Acude por aparición de adenopatías laterocervicales de unos meses de evolución.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración física son dolorosas a la palpación. No atribuye ninguna sintomatología acompañante. Ante ello, se realiza Mantoux, y se pauta antiinflamatorio. A los tres días, persisten adenopatías, y ahora el marido comenta que ha perdido 8 kilogramos en 4 meses y sudoración. No fiebre, ni vómitos acompañantes. El Mantoux resulta negativo. Ante ello, se decide realizar analítica de sangre. A los 3 días acude a por resultados: proteína c reactiva 12,5, leucocitos 6.480 (neutófilos 77,7%). Estudio de anemias (ferritina, ácido fólico, vitamina B 12 normal). Ante sospecha de síndrome linfoproliferativo, se deriva a Urgencias hospitalarias y finalmente es ingresada. Durante ingreso, se realizan las siguientes pruebas: Radiografía de tórax: ensanchamiento mediastínico. TAC con contraste: en cuello adenopatías múltiples laterocervicales bilaterales, densas y homogéneas, con un tamaño de entre 1,5 a 2,5 cm. En tórax: adenopatía en axila derecha, masa en mediastino anterior prevascular hasta nivel cardiaco, engrosamiento del pericardio. Adenopatías de 1 cm aproximadamente en hilios pulmonares, retrocava y receso pleuro-ácigo esofágico.TAC de abdomen sin hallazgos. Ecocardio: mínimo derrame pericárdico anterior a pared anterior de ventrículo derecho. Masa mediastino anterior extrapericárdica. Se realiza interconsulta a maxilofacial para biopsia de cuello.

Orientación diagnóstica: El informe de anatomía patológica: Proliferación celular atípica con presencia de células pleomórficas Reed Stenbergoides, sospechosa de enfermedad de Hodgkin. Se realiza interconsulta con hematología y se realiza biopsia medular. En consulta de Hematología se clasifica como linfoma de Hodgkin estadio IIB esclerosis nodular. A partir de ahí, se inicia primer ciclo de ABVD (adriamicina, bleomicina, vinblastina, dacarbazina).

Diagnóstico diferencial: Ejemplo de enfermedades que cursan con adenopatías: Infecciosas. Virus: virus de Epstein Barr, citomegalovirus, gripe, VIH. Bacterias: brucelosis, tuberculosis, sífilis. Enfermedades inmunológicas: artritis reumatoide, lupus, síndrome de Sjögren. Enfermedades malignas. Hematológicas: linfomas Hodgkin, linfomas no Hodgkin, leucemias... No hematológicas: metástasis. Enfermedades endocrinas: hipertiroidismo.

Comentario final: Las adenopatías son causa frecuente de consulta médica. Según sus causas,

tienen significados clínicos muy distintos, desde cuadros benignos y autolimitados, hasta entidades graves y sistémicas con poliadenopatías generalizadas de tipo tumoral, asociadas a fiebre, compromiso del estado general y pérdida de peso.

Bibliografía

1. Haynes BF. Adenomegalias y esplenomegalia. En: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill; 2012. p. 379-86.

Palabras clave: Adenopatías. Linfoma Hodgkin.

1138-3593 / © 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.