

347/990 - LA IMPORTANCIA DE NO SUBESTIMAR LA ADENOPATÍA CERVICAL

A. Arredondo Sánchez^a, M. de la Cruz Román^b y G. Cubero García^c

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Príncipe de Asturias. Utrera. Sevilla. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Don Paulino García de Donas. Sevilla. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Príncipe de Asturias. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 61 años con antecedentes personales de cefalea migrañosa y fibromialgia que acudió a consulta por dolor en articulación temporomandibular izquierda de dos meses de evolución. Además, refería que desde hacía tres semanas había notificado crecimiento progresivo de tumoración mandibular izquierda. Sin clínica infecciosa otorrinolaringológica (ORL) asociada. Sin fiebre, sudoración nocturna ni pérdida de peso en los últimos meses.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración destacaba tumoración mandibular izquierda de 1-2 cm que impresionaba de adenopatía, algo dolorosa, elástica y con escasa movilidad. Sin otras adenopatías palpables en resto de cadenas ganglionares exploradas. Exploración ORL normal. Se solicitó ecografía, que orientaba a adenopatías necrosadas inespecíficas en el interior de glándula parótida izquierda. Se derivó a consultas de medicina interna, realizándose punción-aspiración y posterior biopsia con diagnóstico de linfoma folicular de alto grado (3A). Una vez valorada por hematología, se realizó PET-TC en la que se objetivaron depósitos patológicos a nivel parótideo izquierdo, cervical bilateral, axilar izquierdo y mesentérico, con estudio de sangre periférica y médula ósea normales. Clasificado como linfoma folicular grado 3A y estadio III-A, se inició inmunoterapia de inducción.

Orientación diagnóstica: Linfoma no Hodgkin (LNH) subtipo folicular.

Diagnóstico diferencial: Adenopatías cervicales secundarias a infecciones locales (partes blandas faciales, odontológicas, otorrinolaringológicas, vías respiratorias superiores), infecciones sistémicas (mononucleosis, toxoplasmosis y otras infecciones virales) y neoplasias (linfomas y metástasis de carcinoma de cabeza, cuello, pulmón, mama y tiroides).

Comentario final: Los LNH constituyen el 3% de todas las neoplasias, siendo el linfoma folicular el segundo subtipo histológico más frecuente en Europa occidental. El linfoma folicular tiene generalmente un comportamiento indolente en base a una reduplicación celular lenta. Los síntomas iniciales son escasos, siendo frecuente encontrar diseminación tumoral, predominantemente ganglionar, en el momento del diagnóstico. Paradójicamente, la escasez de mitosis hace que el pronóstico de vida media sea prolongado pero, al mismo tiempo, la sensibilidad a la quimioterapia sea menor, con difícil erradicación completa y pudiendo progresar a formas agresivas con el tiempo.

Bibliografía

1. Dreyling M, Ghielmini M, Rule S, et al. Newly diagnosed and relapsed follicular lymphoma: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2016;27:83-90.

Palabras clave: Linfadenopatía. Linfoma folicular. Linfoma no-Hodgkin.