



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/4406 - ADENOPATÍAS SUPRACLAVICULARES

E. Benavent Giménez^a, N. Morera Sendra^b, E. Riera Perello^c y M. García Moya^c

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Grau. Gandía. Valencia. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tavernes de la Valldigna. Valencia. ^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Grau. Gandía. Valencia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 17 años sin AP de interés, que acude a la consulta de AP por tumoración dura supraclavicular derecha de dos semanas de evolución con temperatura de hasta 38,5 °C, siendo la fiebre de reciente aparición junto a un cuadro catarral. Previamente afebril y sin otra sintomatología. No síndrome constitucional.

Exploración y pruebas complementarias: T^a 37,5 °C. Sat O₂ 99%. FC 95 lpm. TA 123/74 mmHg. BEG. Normocoloreado y normohidratado. Se palpa tumoración dura y adherida, no móvil, no dolorosa a la palpación, en zona supraclavicular derecha. ACP: tonos rítmicos, no se auscultan soplos. MVC, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación. Signos de irritación peritoneal negativos. No masas ni megalías. ORL: normal. Otoscopia: normal. Analítica: ferritina 198,9 ng/ml, proteína C reactiva (PCR) 34,31 mg/L, beta 2 microglobulina 2,83 mg/L, LDH 399 U/L, marcadores: CEA 7,3 ng/ml (0,0-4,6). Resto normales. Autoinmunidad: negativa. Serologías (VIH, CMV, VEB): negativas. Rx tórax: aumento de densidad en zona supraclavicular derecha.

Orientación diagnóstica: Ante una exploración física patológica se decide realizar una analítica completa y una Rx de tórax en el Centro de Salud, y remitimos a CCEE de MIN, a la consulta de Alta Resolución. Medicina Interna decide remitir al paciente a ORL, quien realiza PAAF con AP: metástasis por carcinoma. Posteriormente se realiza biopsia “en cuña”, AP: metástasis de carcinoma indiferenciado de origen tímico. Se solicita TC TAP: mazacotes adenopáticos a nivel supraclavicular derecho y mediastínico prevascular y una adenopatía lateral a la vena cava superior. Finalmente se remite a Oncología, presentando el caso en comité de tumores. Cirugía torácica considera la lesión irresecable.

Diagnóstico diferencial: DD linfadenopatías: infecciosas, inflamatorias y tumorales.

Comentario final: Las adenopatías son ganglios linfáticos anormales en número, tamaño y consistencia. El 60% de las adenopatías obedecen a causas infecciosas o reactivas, sobre todo en gente joven. En la región supraclavicular, un ganglio palpable es siempre patológico. Con respecto a las adenopatías neoplásicas, un 50% son tumores de los ganglios linfáticos y un 40% son metastásicas.

Bibliografía

1. Haynes B. Adenomegalias y esplenomegalias. En: 2Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18^a ed. México: McGraw-Hill; 2012.

2. Rozman C, Montserrat E. Sistema linfático y síndromes adenopáticos. En: Farreras-Rozman. Medicina Interna, 17^a ed. Barcelona: Elsevier; 2012.

Palabras clave: Adenopatía. Diagnosis. Biopsia.