

## 424/3622 - MUCHO MÁS QUE UNA HERNIA INGUINAL

R. López Latorre<sup>1</sup>, E. Sánchez Fuentes<sup>2</sup>, M. Ortega Osuna<sup>3</sup> y M. Martín Sosa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuensanta. Córdoba. <sup>2</sup>Médico de Familia. Centro de Salud El Almorrón. Écija. Sevilla. <sup>3</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Fuensanta. Córdoba.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente varón de 58 años sin AP de interés que refiere aparición de masa inguinal derecha, de unos 3 meses de evolución a raíz de pérdida de peso voluntaria mediante dieta hipocalórica. No le provoca molestias. No fiebre ni otra sintomatología acompañante. Únicamente reconoce relaciones sexuales de riesgo con más de una pareja y sin protección. Trabaja de electricista.

**Exploración y pruebas complementarias:** Palpación de nódulos inguinales bilaterales, compatibles con adenopatías, la mayor de 3 cm en región inguinal derecha, indurada y no móvil. Hemograma: 6.260 leucocitos con fórmula normal. Hb 13,5. Plaquetas 226.000. VSG 20. Bioquímica: destaca en proteinograma hipergammaglobulinemia policlonal. PCR 0,22. Ferritina 63. ANA y factor reumatoide negativos. Serologías negativas para Brucella, HIV, Echinococcus, Toxoplasma gondii y Epstein-Barr.

**Orientación diagnóstica:** Probable hernia inguinal derecha de pequeño tamaño.

**Diagnóstico diferencial:** Síndrome poliadenopático inguinal.

**Comentario final:** El paciente es derivado a Cirugía General por la probable hernia inguinal y a Medicina Interna por el hallazgo analítico de hipergammaglobulinemia policlonal. Le realizan ecografía inguinal: adenopatías inguinales bilaterales, la mayor de 12 mm de eje corto en ingle derecha, de la que se recomienda punción. PAAF: negativa para malignidad. Extendido linfoide polimorfo. Realiza escisión y biopsia de ganglio inguinal cuyo resultado es: infiltración por linfoma folicular de bajo grado. Inmunofenotipo CD20+, CD3-, BCL2+, BCL6+, CD10+, MUM1-, Ciclina D1-,CD5- y bajo índice proliferativo. Desde Medicina Interna se solicita TAC T-A-P: Adenopatías axilares bilaterales, la mayor derecha de 21 mm. No adenopatías mediastínicas ni hiliares pulmonares. Parénquima pulmonar, hígado y bazo de tamaño normal, sin lesiones. Riñones suprarrenales y páncreas sin hallazgos valorables. Adenopatía en hilio hepático de 49 mm. Adenopatías retroperitoneales de hasta 20 mm. Adenopatías inguinales izquierdas de hasta 19 mm. Conclusión: adenopatías axilares y abdominopélvicas patológicas compatible con proceso linfoproliferativo. El paciente es derivado a Hematología para recibir tratamiento.

### Bibliografía

1. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18<sup>a</sup> ed. México: McGraw-Hill; 2012.
2. Ruiz de Adana Pérez R. Síndromes linfoproliferativos. Fisterra [Revisado el 16/06/15]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/sindromes-linfoproliferativos/>

**Palabras clave:** Linfoma. Adenopatía.