



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

482/387 - TUMORACIÓN CERVICAL SECUNDARIA A LINFOMA NO HODGKIN B DE CÉLULAS GRANDES

J. Mascuñana Calle¹ y M. Martínez Lao²

¹Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Daimiel. Daimiel. Ciudad Real.²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Daimiel. Daimiel. Ciudad Real.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 74 años, sin factores de riesgo cardiovascular, ni cardiopatía ni broncopatía conocida. Antecedentes de Espondilitis anquilosante, en seguimiento por Reumatología. Consulta por aparición de tumoración laterocervical izquierda, dolorosa, de un mes de evolución.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración física, se aprecia una tumoración, dura, dolorosa a la palpación, que se moviliza mal, y otra a nivel supraclavicular, de características similares. En el resto de exploración no encontramos proceso de características infecciosas que justifique la presencia de adenopatías. Al disponer de ecógrafo en el centro de salud, realizamos ecografía para estudio de dichas tumoraciones, encontrando múltiples adenopatías entre los niveles II-V, la mayoría mayores de 1 cm, hipoeucogénicas, redondeadas, con ausencia de hilio y necrosis intranodal. La exploración y la información ecográfica, nos hace pensar como primera posibilidad en un trastorno linfoproliferativo. Contactamos con el servicio de otorrinolaringología para completar el estudio de dicho paciente.

Orientación diagnóstica: Síndrome linfoproliferativo.

Diagnóstico diferencial: Síndrome linfoproliferativo/metástasis. Las adenopatías supraclaviculares son siempre patológicas y suelen ser consecuencia de linfomas, metástasis de tumores intratorácicos, de cabeza y cuello, o digestivos. El lipoma no es doloroso. La ecografía nos permite ver que se encuentran en planos más profundos. La tuberculosis causa adenopatías en cuello, aunque asociado generalmente a otros síntomas.

Comentario final: Se realiza un PET TAC, en donde encuentran aumento de actividad metabólica, con afectación adenopática supra e infradiafragmática, infiltración gástrica, pancreática, esplénica y ósea difusa. Finalmente, se procede a una adenectomía espinal izquierda y se envía la muestra a anatomía patológica, tratándose de un linfoma B de alto grado. Podemos concluir que, gracias a la exploración, y la posibilidad de realización de la ecografía en AP, nos permitió sospechar el origen maligno de la lesión y realizar una derivación urgente.

Bibliografía

1. Marco Galve MI, Alonso Pérez J, Acebal Blanco M, Lozano Calero C. Ecografía de Cuello. SERAM. 2010.
2. Martín Guerra JM, Martín Asenjo M, Iglesias Pérez C, et al. The clinical ecography, an element more in the diagnostic orientation. Med Clin Pract. 2019;2(1):8-9.

Palabras clave: Adenopatía. Linfoma.