



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/803 - EDEMA UNILATERAL DE MIEMBRO INFERIOR COMO DEBUT DE LINFOMA B

M. Sáez Peña¹, J. Rodríguez Contreras², E. Pinilla Soler¹ y M. Marcos Martínez²

¹Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Petrer I. Petrer. Alicante. ²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Petrer I. Petrer. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 50 años sin antecedente de interés, que acudió a consulta por dolor y aumento progresivo del diámetro de miembro inferior (MMII) derecha de 4-5 días. Negaba cirugías e inmovilización. No disnea, tos o expectoración. Negaba traumatismos. No astenia, anorexia o pérdida de peso. No fiebre.

Exploración y pruebas complementarias: Obesa. Constantes estables. Auscultación cardiopulmonar normal. MMII: aumento circunferencia de extremidad derecha, dolor a la palpación sin edema. No calor ni rubor. Homans dudoso. Pulsos femorales y pedios presentes y simétricos. Mientras se localiza pulso femoral se palpa masa inguinal derecha de 4 × 3 cm. Se derivó a hospital para completar estudio. Ecografía doppler: Edema subcutáneo, sin trombosis venosa profunda (TVP). Adenopatías inguinales derechas con centro necrótico, la mayor de 60,8 × 20 mm. Analítica: LDH 647, B2-microglobulina 0,45, resto normal. No alteraciones hematológicas. Serologías negativas. Body-TAC: Masa retroperitoneal de 11,3 × 7,4 × 25,9 cm que rodea completamente cava inferior y aorta, con colapso venoso de iliaca común. Dilatación ureteral derecha (grado III-IV). Adenopatías patológicas cervicales, torácicas, abdominales e inguinales. Anatomía patológica: Población linfoide B pendiente de FiSH.

Orientación diagnóstica: Linfoma.

Diagnóstico diferencial: insuficiencia venosa, TVP, celulitis, rotura de quiste Baker, linfedema, neoplasia.

Comentario final: El manejo del edema requiere extensa anamnesis y exploración física (EF) que identifique sus características (forma de inicio, distribución, tratamientos, cirugías, inmovilizaciones, infecciones, neoplasias...). El edema unilateral orienta hacia etiología focal, excluyendo causas sistémicas. La persistencia del edema matinal sugiere causas locales que impiden el flujo de retorno venolinfático. El linfoma no Hodgkin (LNH) se presenta con ganglios aumentados de tamaño. El 40% cursan con fiebre, pérdida de peso o sudoración no explicables por otras causas, mientras el 10% presentan astenia, anorexia o prurito. La ausencia de síndrome constitucional y lo anodino de EF, hace difícil sospechar el proceso neoformativo. Dada su potencial mortalidad, debemos buscar masas que puedan comprometer el retorno venoso como parte imprescindible de la EF en edemas unilaterales de MMII que acudan a nuestra consulta. Una anamnesis meticulosa y una EF completa, principales herramientas de nuestra especialidad, fueron fundamentales en la orientación diagnóstica de este caso. La accesibilidad a la ecografía clínica habría facilitado la orientación y acortado la demora en la resolución.

Bibliografía

1. Provencio Pulla M. Linfomas no Hodgkin. Madrid: SEOM-Sociedad Española de Oncología Médica; 2020 [acceso 22 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/linfoma-no-hodgkin?showall=1>
2. Fisterra.com [sede Web]. Guías clínicas: Edema. La Coruña: Fisterra.com actualizada el 28 de agosto de 2014; acceso 22 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/edema/>

Palabras clave: Linfoma no Hodgkin. Edema unilateral. Pierna.