



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/1346 - ¿FARINGITIS AGUDA? EXPLOREMOS

M. Gámiz Gámiz¹, F. Bravo Ábalos², V. López de Priego García³ y J. Hervás Jeréz⁴

¹Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Fuensanta. Córdoba. ²Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba. ³Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana. Granada. ⁴Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sector Sur. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 44 años que acudió a consulta por odinofagia de 3 días de evolución. Afebril. No asociaba otra clínica respiratoria, ni constitucional, ni de otra índole.

Exploración y pruebas complementarias: Faringe eritematosa. Adenopatías submandibulares de 1 cm y supraclavicular izquierda de 1,5 cm. Tras 3 semanas de evolución, persistía la adenopatía supraclavicular, así como las laterocervicales de 1 cm, las subangulomandibulares bilaterales de 1,5 cm y la axilar izquierda de 1 cm. Sin otros síntomas, lesiones cutáneas, signos de infección local o visceromegalias que orientaran la etiología. Pruebas complementarias: Análisis: leucocitosis con linfocitosis ($13.330/\text{mm}^3$), resto normal. Rx tórax: normal. Ecografía cervical: ganglios aumentados en número y tamaño en cadenas cervicales, siendo los mayores de hasta 21 mm. Derivación a Hematología: Serología VEB, VIH, CMV, VHS, *Brucella*, toxoplasmosis, rubeola, lúes: negativo. Proteinograma, beta2 microglobulina normal. PAAF: linfadenitis reactiva. Biopsia de *cavum*: infiltración por linfoma B linfocítico (LLC B). TC cuello-tórax-abdomen: Adenopatías laterocervicales, la mayor de 31 mm, laterocervical derecha (IIa). Adenopatías axilares y mediastínicas de morfología y tamaño dentro la normalidad. Esplenomegalia homogénea de 14 cm. Adenopatías reseñables en retroperitoneo (de hasta 19,5 mm). Fish normal.

Orientación diagnóstica: Síndrome linfoproliferativo crónico tipo LLC B estadio I de RAI (A de Binet). Actitud conservadora, con seguimiento cada 6 meses.

Diagnóstico diferencial: Causa infeccioso-inflamatoria: VIH, VHC, VHB, tuberculosis, toxoplasmosis, aspergilosis, actinomicosis, linfogranuloma venéreo, *Bartonella henselae*, brucelosis, mononucleosis, rubéola, CMV, micosis. Enfermedades inmunológicas. Origen neoplásico: primario o metastásico (pulmón, mama, esófago, linfoma o mediastino entre otros). Adenopatías generalizadas: linfoma de Hodgkin y LLA, linfoma no Hodgkin y LLC. Masas no adenopáticas: quiste dermoide de inclusión, hipertrofia de la glándula salivar, angiomas, aneurismas, tumores del glomus carotídeo, fibromas, lipomas, quistes sebáceos, adenoflemones, absceso parafaríngeo, neuroblastoma, neurinomas, cordomas, laringoceles.

Comentario final: En el presente caso destaca la importancia de una exploración física completa, que se establece como una de las mejores aliadas del médico de familia. Dada la situación epidemiológica actual, están disminuyendo notablemente las consultas presenciales en los centros de salud, y en ocasiones, esto deriva en diagnósticos erróneos con tratamientos inadecuados.

Bibliografía

1. Haynes BF. Adenomegalias y esplenomegalia. Principios de Medicina Interna. Harrison, 13ª ed. Vol. I. McGraw-HillInteramericana, España, 1994; p. 379-86.
2. Monserrat E, Díaz Mediavilla J. Enfermedades ganglionares. Farreras Rozman. Medicina Interna, 13ª ed. Madrid: Mosby-Doyma Libros, 1995; p. 1726-8.

Palabras clave: Adenopatía. Linfoma linfocítico. Incidentaloma.