



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

482/1753 - CÓMO LA ECOGRAFÍA NOS INSTÓ A DERIVAR UNA OMALGIA AL SERVICIO DE INFECCIOSAS

M. Jiménez Cremers¹, I. Salcedo Joven², J. López Juan³ y F. Ayala López³

¹Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Estrecho de Corea. Madrid. ²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Estrecho de Corea. Madrid. ³Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 57 años con habituales relaciones sexuales de riesgo vía anal, infección del virus de hepatitis C tratada. Acudió a nuestra consulta de Atención Primaria (AP) por omalgia derecha aparentemente no mecánica asociada a parestesias en región radiocubital distal y escasa mejoría a analgésicos. La exploración no era compatible con patología del manguito rotador, apreciándose leve hipotrofia en deltoides. El paciente rechazó derivación a neurología. Consultó a los días por uretritis, objetivándose en la serología solicitada: VIH+ (Control ELISA VIH - hace menos de 6 meses). Posteriormente, refirió empeoramiento clínico con sudoración nocturna, prurito, astenia y bultomas axilares, escapular derecho e inguinales. Decidimos realizar ecografía y derivar a Medicina Interna, con sospecha de conglomerado adenopático linfomatoso.

Exploración y pruebas complementarias: Se detectó discreta hipotrofia deltoides derecha. No dolor a la palpación en tendones del manguito rotador. Maniobra de Apley, Jove, etc. negativas. En la serología VIH+. Se palparon adenopatías cervicales y axilares derechas y bultoma indoloro de 3cm en región escapular derecha. Realizamos ecografía con sonda lineal: en región escapular y cervical se observaron numerosas adenopatías, algunas sin hilio pero en su mayoría configuración normal, sin aumento de flujo con Doppler color. No otras adenopatías en la exploración con sonda abdominal. En Medicina Interna realizaron tomografía axial computarizada completa: adenopatías supra e infradiafragmáticas inespecíficas, llamativas en número. Se solicitó punción de aguja fina ganglionar, sin detectarse células linfoides con fenotipo aberrante. Resultados compatibles con proceso reactivo.

Orientación diagnóstica: Neuropatía del plexo braquial por linfadenitis reactiva a primoinfección de VIH.

Diagnóstico diferencial: Patología del manguito de los rotadores, neuropatía compresiva, linfoma, primoinfección VIH.

Comentario final: En este caso, la ecografía en AP nos ayudó a establecer la posible causa de la omalgia al confirmarnos la naturaleza de la lesión compresiva, siendo la causa última de las adenomegalias, la primoinfección por VIH y no un linfoma. El paciente evolucionó de manera favorable. Resaltar que a pesar de que ecográficamente las adenopatías no resultaban características de proceso linfomatoso, si lo hacían sospechar el número y cuadro clínico. Una vez más, se demuestra la ecografía como técnica de apoyo al diagnóstico, siempre imperando la anamnesis y la exploración clínica.

Bibliografía

1. Alastrué I, Carrillo R, Casanova JM, Mascort J, Mendive JM, Vera MM. Infección por el VIH. En: Llor C, Monedero MJ, Cots JM, et al, eds. Manual de enfermedades infecciosas en atención primaria, 4^a ed. Barcelona: SEMFYC; 2017; p. 213-24.

Palabras clave: Linfadenitis. Omalgia. Neuropatía.