



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

482/143 - LA IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN

B. Boscà Albert¹, L. Martínez González², I. González Delgado¹ y E. Andrés Villares³

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Calatayud Urbano y Rural. Calatayud. Zaragoza. ²Especialista en Medicina Interna. Hospital Ernest Lluch. Calatayud. Zaragoza. ³Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local de Ricla. Ricla. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 24 años, sin alergias, no fumadora, con el único antecedente de poliposis nasal en tratamiento con corticoides inhalados. Acudió a consulta de Atención Primaria por cuadro de astenia. Como hallazgo casual a la exploración se palpan adenopatías laterocervicales y supraclaviculares, no dolorosas.

Exploración y pruebas complementarias: Auscultación cardiopulmonar: Normal. Abdomen: Blando y depresible, no doloroso a la palpación, sin visceromegalias, con peristaltismo presente. Cabeza y cuello: se palpan múltiples adenopatías en territorio laterocervical y supraclavicular derecho, no dolorosas, de aproximadamente 2-3 cm, rodaderas, no adheridas a planos profundos. Analítica con hemograma, hemostasia y bioquímica con perfil hepático y renal normal, PCR negativa. Serologías para virus Epstein Barr, citomegalovirus, virus hepatitis B y C, VIH: negativas. Radiografía de tórax: Nódulos bilaterales múltiples, ensanchamiento mediastínico de predominio derecho, sin derrame pleural ni condensaciones. Se realiza interconsulta con Medicina Interna y se deriva a la paciente de forma preferente.

Orientación diagnóstica: Sarcoidosis estadio II.

Diagnóstico diferencial: Enfermedades infecciosas víricas: mononucleosis infecciosa (EBV, CMV), hepatitis infecciosa, VIH y bacterianas: tuberculosis; hematológicas (linfoma Hodgkin/no Hodgkin, leucemia); autoinmunes (artritis reumatoide, lupus eritematoso); otras: amiloidosis.

Comentario final: Inicialmente el Body-PET-TC resultó compatible con síndrome linfoproliferativo con afectación pulmonar bilateral y ganglionar de predominio supradiafragmático, grado 4-CD. En analíticas: Proteinograma, inmunoglobulinas, inmunidad celular normal; autoinmunidad ANA +, resto normal; enzima convertidora de angiotensina (ECA) 62 UI/L; beta-2-microglobulina 3,53 mg/L. Baciloscopía negativa. Anatomía patológica de ganglio linfático: linfadenopatía granulosa de tipo sarcoideo. Perfil inmunohistoquímico: granulomas CD68 positivos. Incremento de T CD4+ respecto a CD8+, confirmando el diagnóstico de sarcoidosis estadio II. De las consultas realizadas en Atención Primaria por adenopatías, más de dos terceras partes se deben a causas inespecíficas, respondiendo hasta el 63% a causas infecciosas o reactivas y, menos del 1% tiene causa maligna. A pesar de ello, cabe destacar la importancia de realizar una anamnesis detallada y un examen físico exhaustivo, con tal de orientar las pruebas complementarias óptimas a realizar.

Bibliografía

1. Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL. Harrison principios de Medicina Interna, 20^a ed. Ciudad de México, McGraw-Hill, 2018.

Palabras clave: Adenopatías. Astenia. Sarcoidosis.