



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/470 - ADENOPATÍA SUPRACLAVICULAR DERECHA. A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Alonso Bravo, S. Gómez Rodríguez y M. Bajo Escudero

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de Puerto Real. Puerto Real. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 63 años con antecedentes de hipertensión arterial (HTA), liquen plano y tromboembolismo pulmonar bilateral por déficit de antitrombina III. Actualmente anticoagulado con acenocumarol. Acude a Urgencias derivado desde Atención Primaria por notar bultoma en región supraclavicular derecha; además refiere lesión dérmica de un mes de evolución localizada en la espalda.

Exploración y pruebas complementarias: A la inspección, se aprecia en región escapular derecha tumoración nodular de 1 cm, de coloración rosada, con vasos irregulares en su superficie, lisa al tacto, y borde inferior pigmentado con retículo atípico. A la palpación del cuello se aprecia adenopatía de aproximadamente 1,5 cm localizada en fosa supraclavicular derecha, fibroelástica, no adherida a planos profundos. Resto de territorios ganglionares sin hallazgos. Se realiza analítica y radiografía de tórax con hallazgos dentro de la normalidad. Se solicita TAC cervicotorácico y se deriva de forma preferente a Dermatología ante la sospecha de melanoma nodular. En el TAC se aprecia adenopatía supraclavicular derecha de 15 mm con morfología redondeada. En PET-TAC realizado posteriormente se describe como lesión hipermetabólica y sugestiva de malignidad. Se completa estudio con RMN craneal en la que no se aprecian signos de enfermedad metastásica cerebral. Se extirpa lesión bajo anestesia local con histología de melanoma nodular no ulcerado de 46 mm de espesor de Breslow e invasión de la dermis reticular (nivel IV de Clark). Se realiza biopsia con aguja gruesa ecoguiada de la adenopatía con diagnóstico histopatológico de ganglio con infiltración de melanoma. Posteriormente se realizó ampliación de márgenes de la lesión y linfadenectomía. Se remitió a Oncología Médica para valoración de tratamiento adyuvante.

Orientación diagnóstica: Melanoma nodular, adenopatía supraclavicular derecha metastásica. Clasificación patológica T4a N1b Mx.

Diagnóstico diferencial: Linfadenopatía supraclavicular izquierda (ganglio de Virchow) que suele indicar origen infradiaphragmático, como estómago, páncreas, vesícula o riñón. Linfadenopatía supraclavicular derecha sugiere localización supradiaphragmática como mediastino, esófago o pulmón.

Comentario final: Una anamnesis exhaustiva y una cuidadosa exploración física, seguidas de pruebas complementarias adecuadas, permiten llegar al diagnóstico en un 90% de los casos. Las adenopatías supraclaviculares se asocian con un elevado riesgo de malignidad.

Bibliografía

1. Moya EM, et al. Adenopatías. Green Book. 2015;80(18):1063-81.

Palabras clave: Adenopatía supraclavicular. Melanoma.