

## 333/193 - UNA ADENOPATÍA SOSPECHOSA

E. García García<sup>1</sup>, M. Montes Belloso<sup>2</sup>, A. Ruiz García<sup>3</sup>, M. Rivera Teijido<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pinto. Madrid. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Madrid. <sup>3</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Pinto. Madrid. <sup>4</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Isabel II. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 47 años fumadora (IPA=30) sin antecedentes de interés que consulta por abultamiento supraclavicular doloroso de 2 meses de evolución, ha disminuido en las últimas semanas. No ha presentado síndrome constitucional ni sintomatología infecciosa asociada.

**Exploración y pruebas complementarias:** Presenta bultoma supraclavicular derecho de unos 3-4 cm de diámetro doloroso a la palpación, adherido a planos profundos, no rodadero, con piel supralesional conservada. En cadenas ganglionares cervicales, axilares e inguinales no se detectan adenopatías a la palpación. Resto de exploración sin hallazgos. Se solicita radiografía de tórax, donde se aprecia masa retrocardiaca izquierda y engrosamiento hilar. En analítica: PCR 85 mg/L, 489.000 plaquetas, 13.620 leucocitos. Ante los hallazgos de exploración y pruebas complementarias, se pauta tratamiento antibiótico con Amoxicilina-Ácido clavulánico 875/125mg cada 8 horas durante 7 días, Paracetamol a demanda y 2 inhalaciones de Atrovent 20 mcg cada 8 horas, sin presentar reducción de tamaño. Se contacta con Servicio de Neumología para cita preferente en consulta, donde se solicita estudio completo. Analítica completa: Colesterol total 224 mg/dL y GGT 68 U/L, resto sin alteraciones; Pruebas de función respiratoria: sin alteraciones. En TAC, masa en LII de 37 x 44 x 60 mm, nódulo en vidrio deslustrado en LII de 10 x 15 mm, nódulos satélites de 7 mm en planos craneales y nódulo subpleural en segmento 10. Adenopatías sospechosas de malignidad en múltiples territorios torácicos y abdominales. En broncoscopia: árbol bronquial izquierdo con inflamación generalizada y distorsión bronquial. En biopsia, infiltrado linfoplasmocitario en tejido conectivo subepitelial. La citología, negativa para malignidad. PAAF de adenopatía supraclavicular: Sospechosa de tumor maligno.

**Juicio clínico:** Proceso oncológico en mujer fumadora con masa pulmonar y adenopatías múltiples.

**Diagnóstico diferencial:** Carcinoma broncogénico, proceso linfoproliferativo.

**Comentario final:** En las consultas que se realizan en atención primaria por la presencia de adenopatías, la mayoría de los casos son debidos a enfermedades benignas. Sin embargo es necesario realizar una buena anamnesis y una exploración minuciosa ya que el tiempo de evolución, las características de las adenopatías o su localización, así como otros síntomas acompañantes nos pueden orientar hacia el diagnóstico.

### Bibliografía

D'Antonio A, et al. Adrenal gland non-Hodgkin's lymphoma in a patient with pulmonary adenocarcinoma  
BMJ Case Rep 2013. doi:10.1136/bcr-2013-009318.

**Palabras clave:** Adenopatía, tabaquismo, cáncer.