



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

283/26 - A PROPÓSITO DE UNA ADENOPATÍA

J. García Sáez^a, M. Martos Borrego^a, R. Román Martínez^a, E. Sánchez Fernández^b y M. Cano Torrente^c

^aMédico Residente. Centro de Salud Águilas Sur. Murcia. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lorca Sur La Viña. Murcia. ^cMédico Residente. Centro de Salud Lorca Sur. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 63 años de edad que acude por adenopatías preauriculares y laterocervicales de varios meses de evolución. Niega fiebre, odinofagia, pérdida de peso o sudoración nocturna, no otros síntomas B ni de otra tipología. AP: no DM2, no HTA, no DLP. Fumador de 10 cig/día. Sin otros antecedentes médicos de interés. AQ: tumor cutáneo maligno en base nasal (no específica).

Exploración y pruebas complementarias: BEG. CyO. NHyNC. Eupneico en reposo. Temperatura 37,3 °C. Cabeza y cuello: adenopatías preauriculares bilaterales simétricas, blandas y móviles de 0,5 cm aprox indoloras. Adenopatías laterocervicales bilaterales, de gran tamaño a nivel derecho. ACP: rítmico sin soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando y depresible. Distendido. Esplenomegalias de tres traveses de dedo. HEM: Hb: 15,8, Plq: 153.000, leucos: 29.600, RAL: 23.600, RAM: 1.600, RAN: 4.200. Reticulocitos 2,60%. Urea 38, creat 0,79, proteínas totales 6,9, albúmina 4,5, LDH 327, PCR 3, Na 142, K 5,2. Proteinograma: hipogammaglobulinemia, IgG 638, IgA 57, IgM 39. B2 microglobulina 4,84. B12 367, fólico 3,96. Frotis de SP: se observa linfocitosis, formado por linfocitos de aspecto maduro, con cromatina condensada en caparazón de tortuga, y abundantes sombras de Grumprecht. Compatible con proceso linfoproliferativo crónico. Toxoplasma, CMV IgG e IgM, VEB, VHB, VHC y VIH negativos. Rubeola: IgG positivo. TAC total body: múltiples adenopatías patológicas cervicales, supraclaviculares, axilares, mediastínicas, hiliares, abdominales, pélvicas e inguinales, asociadas a esplenomegalia. Pequeño nódulo hipodenso en amígdala palatina izquierda. Citometría SP y MO: dos poblaciones de linfocitos B monoclonales. Biopsia ganglio cervical AP: pendiente. Biopsia M.O. AP: pendiente. Cariotipo MO: pendiente.

Juicio clínico: Síndrome linfoproliferativo: leucemia linfática crónica atípica vs linfoma B leucemizado

Diagnóstico diferencial: VIH, CMV, herpes, toxoplasmosis, hepatitis B y C, Epstein-Barr, TBC... Linfoma de Hodgkin y no Hodgkin, leucemia. AR, LES, sarcoidosis, amiloidosis. Fármacos.

Comentario final: La causa más frecuente de adenopatía, en AP, es la de origen infeccioso o reactivo. Una cuidadosa exploración física y anamnesis completa, seguidas de unas pruebas complementarias adecuadas, permiten llegar al diagnóstico en un 90% de los casos. Las características físicas de la linfadenopatía (tamaño, consistencia, adherencia a planos profundos) y su localización son de gran interés para llegar al diagnóstico final.

Bibliografía

1. Castro Martín J. Enfermedades que cursan con adenopatías. FMC. Form Med Contin Aten Prim. 1999;6:381-92.
2. Raluy Domínguez JJ, Meleiro Rodríguez L. Adenopatías. AMF. 2011;7(4):218-22.