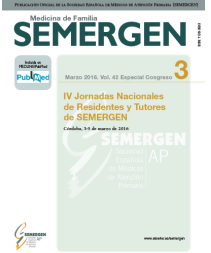




Medicina de Familia. SEMERGEN



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

P-357 - Tengo un bulto

M. Montes Pérez^a, J. Villar Ramos^b, J. Andino López^a, W.R. Ferrero Ohse^a, K.P. Baldeón Cuenca^c y A. Valcarce Leonisio^b

^aCS José Barros (Camargo Interior). ^bCS Dávila. ^cCS Besaya. Los Corrales del Buelna.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 35 años sin antecedentes personales de interés ni alergias medicamentosas conocidas acude a la consulta de AP tras palparse un bultoma infraaxilar de reciente aparición, sin traumatismo previo, no doloroso, sin fiebre, sin datos de síndrome generalizado ni otra clínica acompañante. Tras la exploración física se constata una tumoración dura sobre parrilla costal derecha a nivel infraaxilar de unos 8 × 10 cm de tamaño, no fluctuante, adherida a planos profundos y al tacto mamelonada, sin aumento de temperatura local ni eritema asociado. Se solicita ecografía de partes blandas y analítica completa como inicio de estudio entre los posibles diagnósticos diferenciales de adenopatías y tumoraciones de partes blandas.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, eupneico en reposo, normocoloreado, normoperfundido, normohidratado; AC: rítmica, sin soplos. AP: MVC, sin ruidos añadidos. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni megalias, ruidos hidroaéreos presentes. Constantes estables, Tª 36,6 °C. Analítica: BQ: glucosa 110 mg/dL, urea 37 mg/dL, creatinina 0,90 mg/dL, Na 142 mEq/L, K 5,0 mEq/L, cloro 106 mEq/L, filtrado glomerular > 90. HG: leucocitos 6.400, segmentados 4,30 × 10³/?L, linfocitos 1,5 × 10³/?L, monocitos 0,6 × 10³/?L, eosinófilos 0,10 × 10³/?L, basófilos 0,00 × 10³/?L, hematíes 4,83 10⁶/?L, hemoglobina 15,2 g/dL, hematocrito 46,4%, VCM 96 fL, ADE 12.5%, plaquetas 201.000. Radiografía parrilla costal derecha: sin presencia de fracturas, densidad ósea normal para la edad, aumento marcado de partes blandas sin datos de calcificaciones. Ecografía de partes blandas: tumoración profunda en el margen externo inferior de la escápula entre serrato y redondo con aparente dependencia del serrato anterior de aproximadamente 12 × 8 cm, con bordes polilobulados, hipoeoica y discretamente vascularizada. RMN tórax sin y con contraste: Tumoración inter/intramuscular, entre serrato anterior y redondo mayor derechos, de stirpe fibrosa. Semiológicamente sugiere como primera posibilidad diagnóstica una posible fibromatosis agresiva, pero no pueden descartarse otras posibilidades diagnósticas. Biopsia con aguja gruesa de tumoración subescapular profunda derecha: fibromatosis.

Juicio clínico: Fibromatosis agresiva.

Diagnóstico diferencial: Adenopatías causa hematológica: linfoma de Hodgkin, linfoma no Hodgkin, leucemia. adenopatías causa farmacológica (alopurinol, atenolol, captopril...). Adenopatías por enfermedades autoinmunitarias: artritis reumatoide, lupus eritematoso, enfermedad del suero. Adenopatías infecciosas: víricas (CMV, VHZ, VHS, VIH, VHB, VHC), bacterianas (estafilococos, estreptococos, TBC), fúngicas (toxoplasmosis), parásitos. Lipoma. Necrosis grasa postraumática subcutánea. Histiocitoma fibroso maligno. Sarcoma de partes blandas. Metástasis. Mieloma múltiple. Condrosarcoma. Displasia fibrosa.

Comentario final: En Atención Primaria es frecuente la consulta por adenopatías, en su mayoría de origen infeccioso o reactivo. Una anamnesis exhaustiva (incluyendo hábitos, tratamientos, profesión) exploración física, y pruebas complementarias adecuadas orientan los diferentes diagnósticos. De especial importancia son las características físicas de la linfadenopatía (tamaño, consistencia, adherencia a planos profundos), su localización, variaciones de tamaño y tiempo de evolución.

BIBLIOGRAFÍA

1. García JIB, Pichel Á, Maza Vera MT. Formación Médica continuada en Atención Primaria. 2012;19:481-4.
2. Castro Martín J. Enfermedades que cursan con adenopatías. FMC. 1999;6:381-92.
3. Singer S. Sabiston tratado de cirugía: Fundamentos biológicos de la práctica quirúrgica moderna. 2013.
4. Navas Almodóvar MR, Riera Taboas L. Estudio de una linfadenopatía. Guías clínicas Fisterra, 2006.