



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

452/64 - TUMORACIÓN SUPRACLAVICULAR

L. Bosch Capdevila¹, L. Viñas Terris², D. Fernández Punset³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vilaroja. Girona.²Centro de Salud Vilaroja. Girona.³Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vilaroja. Girona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 53 años. Fumador 30 paquetes/año. Intervenido de nefrourectomía izquierda al 2016 por litiasis sintomática que consulta por aparición de tumefacción supraclavicular derecha de 2 semanas de evolución. Refiere viaje a Sudáfrica con dos episodios de sensación distérmica no termometrada nocturnos y escalofríos asociados. No otra sintomatología acompañante. Calendario vacunal actualizado.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración física destaca, palpación de tumoración supraclavicular derecha de 4 cm, aproximadamente, mal delimitada, no dolorosa, blanda e inmóvil con resto de exploración anodina. Se solicitan las siguientes pruebas: 1. Analítica sanguínea donde no se observan alteraciones en hemograma y bioquímica básicos, serologías para Bartonella henselae, VHS I y II, toxoplasma, VVZ, Rickettsia conorii y toxoplasma negativos para infección aguda, inmunología con factor reumatoide, VSG y PCR negativos y estudio de paludismo en sangre periférica negativo. 2. Rx tórax que no sugiere patología subyacente. 3. Ecografía supraclavicular donde se describen lesiones de partes blandas supraclaviculares derechas, bien delimitadas, la mayor de 5 cm, y ovaladas, con hilio graso central perdido completamente, que podrían corresponder a adenopatías aunque no tienen la apariencia típica por lo que se realiza biopsia. A la espera de resultados, se solicita TAC tórax.

Juicio clínico: En cuanto al diagnóstico diferencial sospechamos en: 1. Adenopatía reactiva a infección vírica vs bacteriana, como causa más frecuente de aparición de adenopatías en paciente con sintomatología infectiva acompañante aunque negatividad analítica. A valorar otras patologías infectivas menos frecuentes pero con aparición de adenopatías: enfermedad de Castleman, enfermedad de Kawasaki o fiebre mediterránea familiar. 2. Adenopatía secundaria a procesos neoplásicos, tales como neoplasia de pulmón en paciente fumador o procesos linfoproliferativos por ubicación de adenopatía supraclavicular. 3. Adenopatía secundaria a proceso autoinmune, aunque con ausencia de clínica y parámetros analíticos negativos. 4. Adenopatía debida a toma de fármacos, la cual se descarta por ausencia de estos por parte del paciente y en el momento de la clínica. 5. Tumores benignos de la dermis, como lipomas, por patrón ecográfico no sugestivo de adenopatía típica.

Diagnóstico diferencial: Posteriormente, se informa el resultado de la biopsia realizada describiéndose como extensiones hemáticas con leve inflamación, adipocitos y marcada esteatonecrosis central sugestivas de lipoma así como resultados del TAC tórax que diagnostica de lipoma supraclavicular derecho.

Comentario final: Así pues, podemos concluir: 1. La biopsia escisional es la prueba diagnóstica más eficiente ante una adenopatía acompañada de pruebas complementarias respectivas. 2. Si presencia de adenopatía supraclavicular, se debe descartar etiología maligna. 3. Ante la sospecha de lipoma, la presencia de necrosis central determinará crecimiento más rápido aunque no mayor probabilidad de tumoración maligna.

Bibliografía

Martos JM. Lipoma. 2018;14(6):587-90.

José J, Domínguez R. Adenopatías. 2011;7(4):218-22.

Navas Almodóvar MR, Riera Taboas L. Estudio de una linfadenopatía. Guías clínicas de Fisterra; 2006.

Palabras clave: Adenopatía. Lipoma. Biopsia.