



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 210/18 - LA IMPORTANCIA DE UN BUEN DESPISTAJE EN ATENCIÓN PRIMARIA

I.B. González Riquelme<sup>a</sup>, F. Martínez García<sup>b</sup>, A. Santo González<sup>b</sup>, A. Hernández Costa<sup>c</sup> y A.M. Fernández López<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año. Centro de Salud Sangonera. Murcia. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Sangonera La Verde. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año. Centro de Salud San Andrés. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año. Centro de Salud El Algar. Cartagena. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón, 57 años, sin antecedentes de interés salvo alergia a metamizol y fumador de 10 cigarrillos/día. Presenta masa laterocervical izquierda desde hace meses sin consultar por ser indolora. Ha aumentado de tamaño refiriendo astenia, pérdida de peso, febrícula y sudoración en los últimos días.

**Exploración y pruebas complementarias:** Masa de pequeño tamaño, no dolorosa y consistencia gomosa, dudosamente adherida a planos profundos. ACYP: normal. Abdomen: anodino, sin masas ni megalias. Hemograma: leucocitos 2.920 Ul, linfocitos 130 Ul, plaquetas 13.000 ul, Hb 11,5 g/dl, hematocrito 33,4%, hematíes  $4,4 \times 10^6$ /Ul. PCR 2,06 mg/dl. Punción aspiración con aguja fina (PAAF): sospecha de síndrome proliferativo (trombopenia, anisocitosis y algunos dacriocitos). Biopsia del ganglio: linfoma t periférico. Informe citológico de médula ósea: sin infiltración linfocitaria. Ecografía abdominal: múltiples adenopatías en FID aumentadas de tamaño, en relación con proceso linfoproliferativo conocido. Estadaje con PET-TAC: adenopatías supra e infradiafragmáticas, incremento metabólico leve parcheado en bazo y médula ósea de características malignas.

**Juicio clínico:** Linfoma T periférico estadio III/IV.

**Diagnóstico diferencial:** La edad y evolución permiten descartar infecciones de vías aéreas superiores, ORL, odontológicas y otológicas, así como infecciones sistémicas (toxoplasmosis, mononucleosis u otras viriasis) los síntomas constitucionales orientan una causa neoplásica. Se solicitó analítica completa (hemograma, bioquímica, función hepática, reactantes de fase aguda y proteinograma) y una PAAF para estudio citológico.

**Comentario final:** La adenopatía cervical es un hallazgo frecuente en AP. Su persistencia en el tiempo sin signos inflamatorios debe orientar nuestro diagnóstico hacia procesos neoplásicos dada su alta incidencia. Realizar una buena anamnesis y exploración unido a la indicación de pruebas complementarias sencillas y accesibles con capacidad de identificar la enfermedad como PAAF (sensibilidad-95% especificidad-80%) permitió acelerar el acceso a un diagnóstico y tratamiento definitivo.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández Gil C, Domínguez Domínguez L. Adenopatías. Esplenomegalia. Esplenectomía. En: Manual de diagnóstico y terapéutica médica. 7ª edición. 2012. Hospital Universitario 12 de Octubre.