



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/3646 - LA EXPLORACIÓN: UNA DE LAS CLAVES DEL DIAGNÓSTICO

M.A. Catalán Montero^a, C. López Marcos^b, E. Pérez Valle^a, S. López Aguilera^a, P. Martínez Arias^a, M.D. Martos Morillo^a, J.A. López Freire^a, J. Mazuecos Fernández^a, J.C. Moreno Fernández^b y M.J. Velasco Blanco^c

^aMédico Residente; ^bMédico de Familia. Centro de Salud Las Américas. Parla. ^cMédico de Familia. Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 52 años, que presenta como único antecedente de interés ser fumadora (IPA 10 paquetes/año), acude a la consulta de Atención Primaria por astenia de un mes de evolución acompañado de disnea progresiva. Además refiere aumento de tos y expectoración con aparición de fiebre desde hace 3 días. No otra sintomatología en la anamnesis por aparatos y órganos.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes mantenidas. En la auscultación cardiopulmonar destaca hipoventilación en base derecha. El abdomen es blando, no doloroso, se palpa masa en mesogastrio. En la analítica destaca PCR ciento sesenta. Se realiza radiografía de tórax donde se visualiza importante derrame pleural derecho. La ecografía de abdomen es inconcluyente. Se amplía el estudio durante ingreso hospitalario con ecocardiograma (normal) y CT abdominopélvico (conglomerados adenopáticos en prácticamente todos los territorios ganglionares. Masas ováricas). Punción de médula ósea confirma linfoma de alto grado.

Juicio clínico: Linfoma de Burkitt. Neumonía basal derecha.

Diagnóstico diferencial: Disnea: insuficiencia cardiaca, neumonía, TEP, anemia, ansiedad. Masa abdominal: tumores retroperitoneales, lesiones neoplásicas (cistoadenoma mucinoso, teratoma, linfomas), lesiones no neoplásicas (pseudoquiste de páncreas, linfocèle, urinoma, aneurisma de aorta abdominal, isquemia mesentérica, vólvulo).

Comentario final: Nuestra primera sospecha fue neumonía basal derecha pero al finalizar la exploración completa objetivamos una masa abdominal decidiendo derivar al hospital. Durante su ingreso en Medicina Interna se diagnosticó de linfoma Burkitt. Con este caso se corrobora una vez más la importancia de la anamnesis y la exploración completa. En cuanto al linfoma de Burkitt se trata de una variante de linfoma linfoblástico B existiendo tres variedades clínicas: africana o endémica (relacionada con el virus Epstein-Barr), no endémica o localizada (afectación vísceras abdominales) y epidémica asociada al SIDA. Es la forma más agresiva de linfoma y por este motivo la respuesta a quimioterapia suele producir gran destrucción celular (síndrome de lisis tumoral). Tiene buena respuesta a la quimioterapia con supervivencias de hasta el 80%.

Bibliografía

1. Moya E, Burón MR, Serrano M, Casanova M, López-Quiñones A, Pascual C. Medicina Interna, reumatología y hematología. En: Rodríguez García JL, Arévalo Serrano J, Azaña Defez JM, et al, eds. Diagnóstico y tratamiento médico, 3ª ed. Madrid: Marbán, 2011:762-70.

Palabras clave: *Linfoma de Burkitt. Abdomen. Derrame pleural. Examen físico.*