



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1806 - ADENOPATÍAS... DR. JEKYLL Y MR. HYDE

M.M. Mateo Díaz^a, C. Herrero Montes^a, P.S. Pérez Martín^b, P. Suñer Díaz^a, N. Turea^c, V. Ojeda López^d y A.L. D'Oleo Feliz^a

^aMédico de Familia; ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Balconcillo. Guadalajara. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cervantes. Guadalajara. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Aguadulce Sur. Aguadulce. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Varón 33 años, NAMC ni AP de interés. Apicultor. Acude a urgencias por cuadro catarral, en tratamiento con amoxicilina-clavulánico por paroniquia de 4º dedo de mano derecha, y bulto en región supraclavicular izquierda. Le diagnostican de viriasis vs mononucleosis infecciosa. Se saca serología y se pautan AINES. A las 2 semanas el paciente acude a AP por crecimiento de adenopatía supraclavicular izquierda, y cuadro de tos y expectoración amarillenta, con fiebre de hasta 38 °C que cede con paracetamol. Se deriva de nuevo a urgencias hospitalarias, donde tras realización de pruebas complementarias se ingresa en Medicina Interna para estudio.

Exploración y pruebas complementarias: EF (Urg): adenopatía < 1 cm, móvil, no adherida. Faringe normal. En analítica: leucocitosis con neutrofilia, monocitosis y VSG elevada. EF (en AP): adenopatía supraclavicular izquierda > 4 cm. Abdomen: dolor a la palpación en HCI y epigastrio. PC (MIN): Rx tórax: ensanchamiento mediastínico con hilio derecho aumentado. Analítica: leucocitosis con neutrofilia y aumento de PCR, GGT y LDH-L. Serología: Igg CMV+, antivca Igg EB+. Mantoux negativo. CEA 26. Resto de MT negativos. Inmunofenotipo: sin alteraciones. TAC body: múltiples adenopatías (muchas necróticas). LOES hepáticas (mtx). No clara tumoración primaria. Bx ganglionar (AP: carcinoma pobremente diferenciado). PET-TAC: masa pancreática (posible origen primario), lesión en hilio pulmonar derecho, adenopatías patológicas, mtx hepáticas, micromódulos en LID. Broncoscopia, PAAF transbroquial y BAS: sin alteraciones. TAC facial: sin alteraciones. Gastroscopia: úlceras gástricas (AP: gastritis crónica). Plataforma genética Theros Cancer Type ID: probabilidad del 90% origen gastroesofágico.

Juicio clínico: Probable ca. páncreas.

Diagnóstico diferencial: Amigdalitis, Mononucleosis infecciosa, ca. gástrico, ca. páncreas, ca. pulmón, ca. esófago, ca. testicular, TBC, enf. Hodgkin, sarcoidosis.

Comentario final: Tras estudio el paciente es derivado al servicio de Oncología, pautándosele QT con oxaliplatino, presentando en TAC body de control tras 7 ciclos de QT, disminución del tamaño de las adenopatías, así como disminución del tamaño de la masa pancreática y de las mtx hepáticas.

Bibliografía

1. Adenopatías. AMF 2011;7:218-22.
2. Raluy Domínguez JJ, Meleiro Rodríguez L. Estudio de una linfadenopatía Fistera, Elsevier.
3. Pascua Molina J, Cordero Martínez J. Estudio de una adenopatía. 2000;26:453-7.

Palabras clave: *Linfadenopatías. Ganglio centinela.*