



## 242/1175 - DETRÁS DE UNA ADENOPATÍA SUPRACLAVICULAR

F. Da Costa Azevedo<sup>a</sup>, J. Brevia Aymerich<sup>a</sup>, A. Mora Martínez<sup>a</sup>, I. Abellan Cano<sup>b</sup>, M. Trenza Peñas<sup>b</sup> y M. El Mesnaqui<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. CAP Horts de Miró. Reus. Tarragona. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Horts de Miró (Reus 4). Reus. Tarragona.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente hombre de 33 años acude a consulta por notar bulto supraclavicular hoy, con dolor escapular de una semana de evolución que mejora ligeramente con paracetamol. Niega disnea o dolor torácico. Afebril. No clínica respiratoria ni digestiva. Comenta pérdida de 8 kg de peso en el último año.

**Exploración y pruebas complementarias:** FC 99 lpm, TA: 137/89 mmHg, T<sup>a</sup>: 36,3 °C, SatO<sub>2</sub>: 100%. Consciente y orientado. Normohidratado y normocoloreado. AC: rítmicos, no soplos. AR: MVC, no ruidos patológicos. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación. No hepatoesplenomegalia, no peritonismo. EEII no edemas ni signos de TVP, pulsos presentes. Adenopatía axilar izquierda. Adenopatía supraclavicular derecha, de unos 2 × 3 cm, no móvil, molesta a la exploración. Rx de tórax: ensanchamiento mediastínico. A/S: creatinina 0,65 mg/dL; urea 26 mg/dL; K 3,8 mEq/L; Na 143 mEq/L; glucosa 85 mg/dL; PCR 2,1 mg/dL; Hb 14,5 g/dL; Leucocitos 7.120 (N 82%); plaquetas 271.000. TC tórax: Masa tumoral en mediastino anterior en relación con conglomerado adenopático. Infiltración nodular hepática. PAAF de adenopatía: Presencia de células atípicas, compatible con síndrome linfoproliferativo. Biopsia ganglio: linfoma no Hodgkin difuso de célula grande B. PET-TAC: proceso linfoproliferativo con afectación ganglionar supra e infradiafragmática, hepática bilobar y pulmonar. Masa Bulky en mediastino anterior. Estadio IV. BMO: negativa.

**Juicio clínico:** Linfoma primario mediastínico, no Hodgkin de célula grande B, E IV- A.

**Diagnóstico diferencial:** Linfoma, tumores germinales, metástasis, infección fúngica o por micobacterias, patología autoinmune, virusis.

**Comentario final:** La aparición de una adenopatía representa un motivo frecuente de consulta en atención primaria que se puede resolver en la mayoría de los casos con una correcta anamnesis, exploración física y pruebas complementarias iniciales. La mayoría de los procesos son autolimitados y benignos. Una adenopatía supraclavicular tiene alto riesgo de malignidad, considerando la posibilidad de neoplasias, infecciones por micobacterias, fúngicas, y linfoma en caso de paciente joven. El linfoma no es una patología rara, existen terapias para sus múltiples subtipos, siendo efectivas incluso en estadios avanzados.

## **Bibliografía**

1. Shankland KR, Armitage JO, Hancock BW. Non-Hodgkin lymphoma. Lancet. 2012;380(9844):848-57.
2. Jung W, Trümper L. Internist. 2008;49:305.

**Palabras clave:** Adenopatía. Linfoma no Hodgkin.