



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/394 - ESTUDIO DE ADENOPATÍA INGUINAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

R. Octavio Sánchez¹, M. Almécija Pérez¹, F. Madrona Marcos² y F. Agustín Martínez³

¹Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona I-Hospital. Albacete. ²Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona V-A. Albacete. ³Especialista en Neumología. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 38 años sin antecedentes de interés que acude a consulta de su Médico de Familia por dolor inguinal derecho de dos semanas de evolución asociado a la percepción de bulto doloroso. Comentaba, además, clínica de sudoración y pérdida de unos 5 kg en 6 meses. Niega otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: Presenta bultoma en región inguinal derecha probablemente relacionado con adenopatía de unos 2-3 cm. Asocia adenopatías axilares de 1,5 cm de diámetro. Se pide ecografía que informa de adenopatía aumentada de tamaño en región inguinal suprapúbica de 2 cm en su eje corto con área focal cortical engrosada de 2,5 × 2,8 cm, con flujo vascular conservado a nivel de hilio. En la analítica se apreció la presencia de una mínima elevación del antígeno de carcinoma de células escamosas. Se derivó al paciente a estudio a Medicina Interna, que indicó biopsia del ganglio, siendo informado como "linfoma Hodgkin clásico subtipo esclerosis nodular", y fue derivado a hematología para posterior seguimiento y tratamiento.

Orientación diagnóstica: Adenopatía inguinal asociada a linfoma de Hodgkin.

Diagnóstico diferencial: Adenopatía, lipoma, quiste epidermoide.

Comentario final: La adenopatía se define como el aumento de tamaño o alteración en la consistencia de los ganglios linfáticos por mecanismos de hiperplasia (como respuesta a un estímulo infeccioso o inmunológico) o por infiltración por diferentes líneas celulares. El tamaño en sujetos sanos oscila entre 0,5 y 1 cm, aunque en la región inguinal pueden alcanzar los 2 cm. Se recomienda estudio inicial con analítica completa, serología, Mantoux y radiografía de tórax para completar posteriormente con biopsia, PAAF u otras pruebas de imagen. El tratamiento irá orientado a su causa, y deben derivarse a otro nivel asistencial las que se presentan a nivel supraclavicular, si hay sospecha de malignidad, si el tamaño es superior al normal o si se presentan signos de enfermedad subyacente.

Bibliografía

1. Piñeiro Fernández J, Iñiguez Vázquez I, Ventura Valcárcel P, López Reboiro M, Romay Lema E. Guía clínica de Estudio de una linfadenopatía [Internet]. Fistera.com. 2016 [cited 13 July

2020]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/estudio-lymfadenopatia/>
2. Llisterri Caro J, Aicart Bort M, Romero Vígara J, Agea Pascual V. Resimecum. Madrid: Semergen; 2015.

Palabras clave: Linfadenopatía. Linfoma Hodgkin.