



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



482/1390 - MASA CERVICAL, ¿QUÉ SOSPECHARÍAS?

D. Narganes Pineda y R. Álvarez Paniagua

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Parque Alameda-Covaresa. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 69 años sin alergias medicamentosas conocidas con antecedentes personales: dislipemia, osteoporosis, enfermedad de Crohn en tratamiento con infliximab y azatioprina, EPOC grado III. Fumadora. Acude a consulta por aparición desde hace dos semanas de adenopatías en cuello. Refiere que han aumentado de tamaño y son dolorosas. Desde hace cinco días picos febriles de hasta 39 °C y malestar general. No refiere síntomas respiratorios ni pérdida de peso.

Exploración y pruebas complementarias: TA 130/85 FC 95, SatO₂ 97%. CyC: masa laterocervical izquierda no fluctuante, adherida a estructuras adyacentes e indurada. No se palpan otras adenopatías. ACP: rítmica, murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen anodino. ECG: taquicardia sinusal. Analítica: leucocitos 13.500 (N 78%), hemoglobina 12,5, plaquetas 360.000, VSG 40 y PCR 244. En radiografía de tórax se objetivó engrosamiento perihilar bilateral. Ante la sospecha clínica de una posible sarcoidosis/tuberculosis se solicita prueba de Mantoux que resultó positiva, se decide derivación a Medicina Interna donde se completa estudio con tomografía computarizada: patrón intersticial pulmonar con adenopatías paratraqueales derechas e izquierdas y subcarinales, las de mayor tamaño (2 cm) con contenido hipodenso de aspecto necrótico. La punción-aspiración con aguja fina (PAAF) fue diagnóstica.

Orientación diagnóstica: Tuberculosis ganglionar cervical y mediastínica.

Diagnóstico diferencial: Adenopatías benignas: infecciosas (mononucleosis infecciosa, brucelosis, tuberculosis, enfermedad por arañazo de gato), no infecciosas (sarcoidosis), adenopatías malignas: hematológicas y metástasis.

Comentario final: La linfadenitis tuberculosa, también llamada escrófula, forma más frecuente de tuberculosis extrapulmonar. Supone 5% de los casos en inmunocompetentes y hasta 50% en inmunodeprimidos, suele aparecer en el triángulo anterior o posterior cervical. La tuberculosis mediastínica puede presentar complicaciones como, disfagia, parálisis de las cuerdas vocales, afectación del nervio recurrente laríngeo y oclusión de la arteria pulmonar simulando un embolismo pulmonar. Una prueba Mantoux negativa no excluye el diagnóstico. El diagnóstico definitivo se hace por la PAAF que tiene una sensibilidad 46% y una especificidad 100%. El tratamiento es médico y consta de una tetraterapia durante 6-9 meses. La tasa de recaídas es del 3,5%. Una exploración física rigurosa nos orienta a un diagnóstico, a confirmarlo mediante pruebas complementarias y

definir la estrategia terapéutica.

Bibliografía

1. Espinosa Gimeno A, et al. Protocolo diagnóstico y terapéutico de las tuberculosis extrapulmonares. *Medicine*. 2014;11(52):3901-7.

Palabras clave: Tuberculosis.