



## 253/8 - PACIENTE JOVEN CON ADENOPATÍAS

M. Pérez Segrelles<sup>a</sup>, M. Muñoz Carril<sup>a</sup>, A. Llamusí Lorente<sup>b</sup> y M. Torres<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrente 1. Valencia. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Torrente 1. Valencia.

### Resumen

**Descripción del caso:** varón 34 años presenta adenopatías indoloras en cuero cabelludo de 1 mes de evolución. No refiere ningún tipo de clínica asociada, no antecedentes de viajes a países tropicales recientes. Antecedentes personales sin interés. Mantiene relaciones sexuales con otros hombres (realización de VIH en CIPS en junio 2016). Se solicita analítica y ecografía preferente. Acude por los resultados a las 3 semanas, refiere aumento del número y tamaño de adenopatías occipitales. Además sudoración diurna y nocturna, y pérdida de peso en las últimas semanas de 10 kg; asocia cefalea que no cede con analgesia habitual.

**Exploración y pruebas complementarias:** Primera visita: Afebril, Buen estado general, se palpan dos adenopatías occipitales de unos 2,5 cm máximo. No adenopatías en otras cadenas ganglionares. No se palpan megalias. Resto de exploración anodina. Analítica: hemograma normal, PCR y VSG normal, Bioquímica normal. Serología CMV y VEB IgG positiva. Segunda visita: Buen estado general, sudoroso. Aumento del tamaño de forma considerable y del número de las adenopatías occipitales y retroauriculares, siendo una de más de 9 cm. Aporta ecografía con resultado de múltiples imágenes ganglionares intrparotídeas, submaxilares, submentonianas y occipitales, la de mayor tamaño de 2 × 9 cm. Se solicita analítica añadiendo marcadores hepáticos y serologías víricas. Resultados de hemograma, bioquímica, PCR y VSG, marcadores hepáticos normales, serología Brucella, treponema negativo y VIH positivo (WB positivo a VIH-1). Se solicita TAC cerebral, cervical y torácico: Múltiples crecimientos ganglionares a la práctica totalidad de cadenas cervicales, sin que en ninguno de ellos supera los 15 mm de eje mínimo. Se visualizan conglomerados adenopáticos axilares bilaterales. Ecografía: presencia de múltiples imágenes de adenopatías bilaterales en todos compartimentos cervicales y, todas ellas presentan signos ecográficos típicos de origen reactivo. Ninguna de ellas presenta signos sospechosos de síndrome proliferativo ni metastásico. Los diámetros del eje corto están comprendidos entre 3 y 6 mm. Los hallazgos ecográficos por el momento no justifican una BAG.

**Juicio clínico:** Primoinfección por VIH estadio A2.

**Diagnóstico diferencial:** Linfoma de Hodgkin y no Hodgkin. Infección por CMV o VEB. Enfermedad de Lyme. Tuberculosis. Toxoplasmosis cerebral.

**Comentario final:** A pesar de los avances terapéuticos, la incidencia de infección por VIH está en aumento. Una serología negativa no descarta infección activa. Debemos comprobar periodo ventana

y tener presente la posibilidad diagnóstica ante aparición de adenopatías en cualquier paciente.

### **Bibliografía**

1. Leal M, Pulido I. Cómo sospechar una primoinfección por VIH. Monográfico del Sida.
2. Pollack TM, Libman H. Primary care of the HIV-infected adult.

**Palabras clave:** Adenopatías. VIH. Primoinfección.