



160/1123 - Hoy la consulta va: "De bultos en el cuello"

J. Fuentes Cruzado^a y J.M. Molina Ramos^b

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villaviciosa de Odón. Villaviciosa de Odón. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Villaviciosa de Odón. Villaviciosa de Odón. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Caso 1. Varón de 44 años con bultomas laterocervicales bilaterales desde hace dos semanas, refiere picos febriles autolimitados desde hace 20 días. Caso 2. Mujer de 28 años con adenopatías laterocervicales de un año de evolución que se reactivan y aumentan de tamaño coincidiendo con procesos infecciosos. Caso 3. Varón de 48 años con bultoma laterocervical izquierdo asintomático desde hace tres semanas. En los tres casos no presentaban sudoración nocturna, ni pérdida de peso. No habían realizado viajes recientes a países exóticos. No mantenían relaciones sexuales de riesgo. No habían sufrido picaduras y negaban ingesta de lácteos sin pasteurizar.

Exploración y pruebas complementarias: Caso 1. Adenopatías laterocervicales subcentimétricas, no a otros niveles. Exploración, hemograma y bioquímica normales. Serologías: VIH, VHC, VHB, lúes, citomegalovirus, herpes virus tipo 6, virus Epstein Barr negativos. Radiografía de tórax normal. Serología rubeola Ig G positivo y toxoplasmosis Ig M positivo. Caso 2. Adenopatías laterocervicales subcentimétricas, no a otros niveles. Exploración, hemograma y bioquímica normales. Serología VIH, VHC, VHB, lúes, citomegalovirus y toxoplasma negativos. Infección pasada por virus de Epstein Barr, herpes 6 y rubeola. Mantoux 20 mm con vesículas. Caso 3. Adenopatía laterocervical izquierda de 3 cm de diámetro que no se ha modificado de tamaño en las últimas 4 semanas, no adenopatías palpables a otros niveles. Analítica rigurosamente normal con serologías negativas. Se remite a ORL: biopsian la adenopatía con resultado inflamatorio. En RMN, visualizan masa en nasofaringe que se biopsia confirmando neoplasia indiferenciada de cavum.

Juicio clínico: Caso 1. Infección aguda por toxoplasma. Caso 2. Infección tuberculosa latente. Caso 3. Neoplasia de Cavum.

Diagnóstico diferencial: En primer lugar, debemos establecer el diagnóstico diferencial con masas subcutáneas y tumores como lipomas, quistes epidermoides, quistes branquiales, conducto tirogloso, sialoadenitis... Tras confirmar que se trata de una adenopatía, es preciso valorar: 1. Origen infeccioso vírico, bacteriano, fúngico o parasitario. 2. Enfermedades hematológicas (linfoma/leucemia). 3. Enfermedades autoinmunitarias (artritis reumatoide, lupus). 4. Enfermedades malignas. 5. Patologías de etiología desconocida (sarcoidosis, amiloidosis). 6. Fármacos (alopurinol, atenolol, captopril, carbamazepina, cotrimoxazol, fenitoína).

Comentario final: En Atención Primaria, las adenopatías son un motivo de consulta frecuente, por lo cual el desafío reside en diferenciar entre benignidad y malignidad. Se estima que el 90% de los pacientes con adenopatías pueden ser diagnosticados con una anamnesis, exploración física y pruebas complementarias adecuadas. La causa más frecuente de adenopatía es la de origen infeccioso o reactivo. La edad del paciente es el factor pronóstico más importante en cuanto a la probabilidad de benignidad o malignidad. Se considera normal un diámetro de hasta 1 cm, excepto en región inguinal que es 2 cm. Si tras realizar pruebas complementarias no llegamos a un diagnóstico, podemos efectuar un seguimiento en 3-4 semanas; pero si la sospecha de malignidad es alta o la linfadenopatía persiste, deberemos remitir a Atención Especializada para continuar estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Raluy JJ, Meleiro L. Adenopatías. AMF. 2011;7(4):218-22.
2. Mohseni S, Shojaiefard A, Khorgami Z, Alinejad S, Ghorbani A, et al. Peripheral Lymphadenopathy: Approach and Diagnostic Tools. Iran J Med Sci. 2014;39(2 Suppl):158-70.