



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/2133 - 'Tengo un bulto que ayer no tenía'

C.M. Cano Bernal<sup>a</sup>, J.I. Giménez<sup>b</sup>, Y. Reverte Pagán<sup>a</sup>, M.C. Quesada Martínez<sup>c</sup>, L. Blázquez González<sup>a</sup>, M. Almansa Rosell<sup>e</sup>, D. Fernández Camacho<sup>e</sup>, R. López Valcárcel<sup>d</sup>, A.B. Marín García<sup>f</sup> y M.T. Mayoral Sánchez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistabella. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistabella. Madrid. <sup>c</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> de año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistabella. Murcia. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Vistabella. Murcia. <sup>e</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Murcia.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 62 años, hipertensa en tratamiento con amlodipino/olmesartán 40/10 sin otros antecedentes de interés. Consulta por la reciente aparición de bulto en ingle izquierda en las últimas doce horas. No refiere dolor, ni calor, ni inflamación. Sin cambios en hábito intestinal, ni síndrome miccional. No síntomas asociados. Se deriva a Urgencias para estudio. Cirugía General considera esta masa no reductible compatible con hernia crural incarcerada por lo que se interviene urgente, previa placa de tórax. El bultoma resulta sugestivo de hematoma. Se evidencia un bloque adenopático a nivel crural, realizándose biopsia. Se realiza interconsulta a Medicina Interna, donde se le pide un TAC toracoabdominopélvico y una analítica con reactantes de fase aguda.

**Exploración y pruebas complementarias:** Constantes normales. Abdomen: blando y depresible, no doloroso. Sin signos de irritación peritoneal. Bultoma crural no doloroso, pétreo, no reductible, fijo. No se palpan adenopatías en otras regiones. Resto normal. Analítica: VSG 59, PCR 6,4, Ca 19,9 222,2, fibrinógeno 725, haptoglobina 226,0. Resto normal. Radiografía de tórax: sin hallazgos. TAC toracoabdominopélvico: colección posquirúrgica en ingle izquierda, hematoma complicado; adenopatías ilíacas externas bilaterales, la mayor, izquierda 12 mm. Biopsia: tejido adiposo con infiltración masiva por proliferación linfocítica de células de tamaño intermedio-grande, con patrón de crecimiento difuso. A gran aumento se observan frecuentes núcleos hendidos, focos con un alto índice de mitosis y apoptosis. Células neoplásicas positivas para CD20, CD10, BCL2, BCL6.

**Juicio clínico:** Linfoma B difuso de célula grande, subtipo centroblástico.

**Diagnóstico diferencial:** Hernia crural izquierda; lipoma; adenopatías por infecciones víricas (EBV, CMV, rubéola, varicela-herpes zoster, VIH, hepatitis víricas), bacterianas (sífilis, brucelosis, fiebre tifoidea, tuberculosis), parásitos, hongos, por enfermedades inmunológicas (LES, artritis reumatoide, enfermedad del suero), reacciones a fármacos (fenitoína, alopurinol, carbamazepina, hidralazina, sales de oro, primidona), sarcoidosis, amiloidosis, o por enfermedades malignas hematológicas o metástasis.

**Comentario final:** El linfoma difuso de linfocitos B grandes es la variedad más frecuente no Hodgkin. Cuando el inicio es ganglionar, las adenopatías frecuentemente tienen carácter asimétrico y se localizan en un solo territorio ganglionar. Una tercera parte de los pacientes presenta fiebre, sudoración o pérdida de peso. El objetivo fundamental del tratamiento debe ser alcanzar una remisión completa. Antes de iniciarlo, debe tenerse en cuenta la edad, la situación clínica y el grupo pronóstico del enfermo. La inmunoquimioterapia combinada de rituximab y quimioterapia es la terapia de elección, con tasas de respuesta completa superiores al 95% y una supervivencia libre de recaída de más del 85%.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. López Guillermo A, Bosch Albareda F. Linfomas y otras enfermedades ganglionares. En: Rozman C, Cardellach F, et al. editores. Farreras-Rozman, Medicina interna., 17ª edición. Barcelona: Elsevier España; 2012. p. 1601-19.
2. Pizarro Anglada S. Adenopatías locales y generalizadas. En: Espinàs Boquet J, Castro Gómez JA, Daza Asumendi P, et al. editores. Guía de actuación en Atención Primaria, 3ª edición. Barcelona: semFYC ediciones; 2006. p. 21-4.