



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/736 - ¡Doctor, no puedo dejar de rascarme!

J. Andrés Vera^a, C. Navea Tejerina^b, E. Frutos Hidalgo^c y M.J. Fierro Alario^b

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Olivillo. Cádiz. ^bMédico de Familia. Centro de Salud El Olivillo. Cádiz. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Olivillo. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 24 años de edad, cuyo principal motivo de consulta es astenia de 2 meses de evolución tras pérdida de peso (10 kg) que relaciona con alimentación inadecuada en verano por motivos laborales, también comenta prurito en MMII al finalizar el día. Antecedentes personales de interés: fumador (tabaco y ocasionalmente cannabis) y rinoconjuntivitis alérgica. Sin otros antecedentes médicos de interés. Exploración física por aparatos y sistemas sin hallazgos de interés. Se solicita estudio analítico completo incluyendo perfil tiroideo, cuyo único dato relevante es el hallazgo de leucocitosis, desviación a la izquierda, por lo que se decide derivación a hematología para estudio etiológico de la misma.

Exploración y pruebas complementarias: Durante la entrevista clínica el paciente está inquieto sin poder evitar el rascado continuo de las zonas expuestas. Al iniciar proceso exploratorio se le indica al paciente retirada de la ropa para valoración de hombro, observando un gran paquete adenopático supraclavicular izquierdo. No adenopatías axilares, submandibulares ni locorreregionales. ACC: ritmo sinusal. ACP: MVC. No ruidos patológicos. Extremidades: no alteraciones valorables en MMII ni MMSS. El hallazgo del paquete adenopático de gran tamaño sumado a la persistencia del prurito generalizado más leucocitosis, nos hace sospechar la posibilidad diagnóstica de linfoma de Hodgkin, entre otras posibilidades, hecho por el cual es derivado de manera urgente al hospital de referencia previo contacto telefónico con coordinador responsable del área de urgencias y el médico internista de guardia. La analítica realizada en el área de urgencias confirma la leucocitosis (21.860/ μ l con neutrofilia: 16.980/ μ l, monocitos: 1.590/ μ l). Se realizan, además las siguientes pruebas complementarias: frotis de sangre periférica: normal; Rx de tórax: gran ensanchamiento mediastínico. El paciente ingresa para continuar estudio realizándose biopsia de cadena adenopática supraclavicular con diagnóstico anatomopatológico de LH esclerosis nodular.

Juicio clínico: EL linfoma de Hodgkin es una patología relativamente frecuente en pacientes jóvenes (15-40 años de edad). Suele presentarse como crecimiento no doloroso de ganglios linfáticos: cuello, axila y menos frecuentemente la ingle. No obstante, el crecimiento de los ganglios puede estar precedido por una pérdida de peso (mayor 10%) y de prurito generalizado, que aunque es muy poco frecuente es muy característico del linfoma de Hodgkin. El tratamiento varía en función del estadio.

Diagnóstico diferencial: Debería hacerse con las siguientes patologías: precisos inflamatorios que

cursan con linfadenopatía de curso lento (toxoplasmosis, infección por mico bacterias atípicas). LNH. Mononucleosis infecciosa o hiperplasia reactiva. Metástasis de carcinoma nasofaríngeo o sarcoma de tejidos blandos. Hipertrofia de timo.

Comentario final: Desde que nos enfrentamos por primera vez a la realización de una historia clínica de un paciente, las preguntas hipocráticas, son la base de la entrevista clínica: “Qué le pasa, desde cuándo, a qué lo atribuye”. En este caso el paciente atribuye su pérdida de peso a un cambio en la alimentación, el prurito en las piernas lo asocia a su condición de paciente alérgico, y el dolor en el hombro a una distensión ligamentosa como consecuencia de la práctica de ejercicio físico. Es labor del médico de familia integrar toda la información que el paciente aporta y no dejarse llevar ni por el alarmismo con el que a veces nos consultan, ni minimizar los síntomas que otros nos cuentan como irrelevantes. Desde su derivación para su valoración por parte de distintos FEA se llegó al diagnóstico de leucocitosis neutrofílica y rinitis alérgica, como causantes del cuadro que presentaba el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Amy de la Bretèque M, Bilan P, Galesowski A, Chevallier B, Drouot D, Sigal ML, Mahé E. Ann Dermatol Venereol. 2014;141(12):765-8.
2. Alarcón Zurita C, Morales Sanz D. Alteraciones cuantitativas de los leucocitos. En: Díaz-Rubio M, Espinós D, editores. Tratado de medicina interna. Madrid: Panamericana; 1994. p. 948-53.
3. Alonso Calo, L. Alteraciones del hemograma: serie blanca. En: Guía de actuación en Atención Primaria. 2ª ed. Barcelona: SEMFYC; 2002. p. 1441-5.