



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/2971 - ADENOPATÍA INGUINAL

N. Otero Cabanillas<sup>a</sup>, A. García Martínez<sup>b</sup>, M. Flores Ortega<sup>c</sup>, A. Casal Calvo<sup>d</sup>, A. Azagra Calero<sup>e</sup>, A. Aldama Martín<sup>d</sup>, A. Asturias Saiz<sup>d</sup>, C.J. Carrión Ballardó<sup>f</sup>, J.L. Cepeda Blanco<sup>g</sup> y P. Bermúdez Martí<sup>h</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>f</sup>Médico Residente de Urología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario de Guadalajara. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño. <sup>g</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Cantabria. <sup>h</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Cantabria.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 79 años refiere 8 días de estreñimiento y distensión abdominal. Afebril. No náuseas, no vómitos, no dolor abdominal. No pérdida de peso, astenia o anorexia. AP: NAMC, exfumador, HTA, dislipemia. Tratamiento: omeprazol, enalapril y furosemida.

**Exploración y pruebas complementarias:** T<sup>a</sup> 36,9 °C, TA: 140/80, FC: 85, SatO<sub>2</sub>: 96%. Colaborador, consciente, orientado Nc, Nh, Np. Eupneico en reposo. CyC: no adenopatías, no bocio. No ingurgitación yugular. ACP: rítmica sin soplos MVC. Abdomen: distendido, tenso, doloroso a la palpación profunda, timpánico. Sin signos de peritonismo. Ruidos metálicos. Adenopatías inguinales bilaterales consistencia dura, adherida a planos profundos, no dolorosas a la palpación. EEII: pulsos presentes. No fóvea, no edemas ni signos TVP Analítica: urea 91, creatinina 3, iones normal, FG 19. Leucocitos 11.300, Hb 12,5, hematocrito 37,9%, VCM 94, plaquetas 173.000, segmentados 68% y linfocitos 15%. Serologías negativas. TP 76, INR 1,21. Radiografía abdomen dilatación asas, probable obstrucción TAC abdominal sin contraste: múltiples adenopatías, diafragmáticas, retroperitoneales, mesentéricas, inguinal derecha 31 × 25 mm y retroperitoneal 22 × 15 mm. Biopsia ganglio linfático inguinal: ganglio inguinal con metástasis por tumor.

**Juicio clínico:** Carcinoma de células de Merkel (CCM).

**Diagnóstico diferencial:** Linfoma, linfogranuloma venéreo, lúes.

**Comentario final:** El CCM es una neoplasia maligna rara de la piel, se considera un tumor neuroendocrino por sus rasgos histológicos y es causado por un virus poliomavirus. La incidencia aumenta con la edad, solar, raza caucásica, varones y pacientes inmunosuprimidos (VIH, LLC, trasplantados). La presentación mas frecuente es como un nódulo firme e indoloro de rápido crecimiento. La localización más frecuente es la región de la cabeza y el cuello, seguido por el tronco. En el 12% de los casos, no se detectarse el origen del carcinoma. El CCM suele metastatizar a través de los ganglios linfáticos dérmicos, dando lugar a múltiples lesiones satélite. Debido a su apariencia clínica inespecífica, rara vez se sospecha de CCM antes de una biopsia. El tratamiento de

elección es la cirugía y la radioterapia cuando la escisión no es factible. Al paciente se le diagnosticó a través de biopsia de adenopatía inguinal. Se le colocó una nefrostomía bilateral por la obstrucción ureteral bilateral al presentar adenopatías abdominales con posterior recuperación de la función renal. Actualmente está en tratamiento con radioterapia y en seguimiento por el equipo de oncología.

### **Bibliografía**

1. Toker C. Trabecular carcinoma of the skin. Arch Dermatol. 1972;105:107-10.

**Palabras clave:** Carcinoma. Células Merkel. Adenopatía inguinal.