



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/1806 - Adenopatías... Dr. Jekyll y Mr. Hyde

M.M. Mateo Díaz<sup>a</sup>, C. Herrero Montes<sup>a</sup>, P.S. Pérez Martín<sup>b</sup>, P. Suñer Díaz<sup>a</sup>, N. Turea<sup>c</sup>, V. Ojeda López<sup>d</sup> y A.L. D'Oleo Feliz<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia; <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Balconcillo. Guadalajara. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cervantes. Guadalajara. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Aguadulce Sur. Aguadulce. Almería.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón 33 años, NAMC ni AP de interés. Apicultor. Acude a urgencias por cuadro catarral, en tratamiento con amoxicilina-clavulánico por paroniquia de 4º dedo de mano derecha, y bulto en región supraclavicular izquierda. Le diagnostican de viriasis vs mononucleosis infecciosa. Se saca serología y se pautan AINES. A las 2 semanas el paciente acude a AP por crecimiento de adenopatía supraclavicular izquierda, y cuadro de tos y expectoración amarillenta, con fiebre de hasta 38 °C que cede con paracetamol. Se deriva de nuevo a urgencias hospitalarias, donde tras realización de pruebas complementarias se ingresa en Medicina Interna para estudio.

**Exploración y pruebas complementarias:** EF (Urg): adenopatía < 1 cm, móvil, no adherida. Faringe normal. En analítica: leucocitosis con neutrofilia, monocitosis y VSG elevada. EF (en AP): adenopatía supraclavicular izquierda > 4 cm. Abdomen: dolor a la palpación en HCI y epigastrio. PC (MIN): Rx tórax: ensanchamiento mediastínico con hilio derecho aumentado. Analítica: leucocitosis con neutrofilia y aumento de PCR, GGT y LDH-L. Serología: Igg CMV+, antivca Igg EB+. Mantoux negativo. CEA 26. Resto de MT negativos. Inmunofenotipo: sin alteraciones. TAC body: múltiples adenopatías (muchas necróticas). LOES hepáticas (mtx). No clara tumoración primaria. Bx ganglionar (AP: carcinoma pobremente diferenciado). PET-TAC: masa pancreática (posible origen primario), lesión en hilio pulmonar derecho, adenopatías patológicas, mtx hepáticas, micromódulos en LID. Broncoscopia, PAAF transbroquial y BAS: sin alteraciones. TAC facial: sin alteraciones. Gastroscopia: úlceras gástricas (AP: gastritis crónica). Plataforma genética Theros Cancer Type ID: probabilidad del 90% origen gastroesofágico.

**Juicio clínico:** Probable ca. páncreas.

**Diagnóstico diferencial:** Amigdalitis, Mononucleosis infecciosa, ca. gástrico, ca. páncreas, ca. pulmón, ca. esófago, ca. testicular, TBC, enf. Hodgkin, sarcoidosis.

**Comentario final:** Tras estudio el paciente es derivado al servicio de Oncología, pautándosele QT con oxaliplatino, presentando en TAC body de control tras 7 ciclos de QT, disminución del tamaño de las adenopatías, así como disminución del tamaño de la masa pancreática y de las mtx hepáticas.

## Bibliografía

1. Adenopatías. AMF 2011;7:218-22.
2. Raluy Domínguez JJ, Meleiro Rodríguez L. Estudio de una linfadenopatía Fistera, Elsevier.
3. Pascua Molina J, Cordero Martínez J. Estudio de una adenopatía. 2000;26:453-7.

**Palabras clave:** *Linfadenopatías. Ganglio centinela.*