



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/560 - ADENOPATÍA INGUINAL: NO TODO ES LO QUE PARECE

R. Martín Armas, I. Sánchez García, M. Pernía Suárez y R. García Arencibia

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Salud San Gregorio. Las Palmas.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 56 años fumador de 35 cigarrillos/día sin AP de interés. Refiere dolor punzante inguinal bilateral irradiado a testículos de 2 semanas de evolución. Refiere además pirosis y dolor abdominal posprandial continuo diario de 6 meses de evolución. No fiebre, no sudoración nocturna ni síndrome constitucional asociado. No síndrome miccional ni alteración del hábito intestinal. Niega relaciones sexuales de riesgo. A la EF: múltiples adenopatías inguinales bilaterales de características inflamatorias, la mayor de 1,5 cm. No lesiones genitales ni perineales. Se solicita hemograma, bioquímica completa, serología y radiografía de tórax sin hallazgos de interés. Se cita al paciente a las 2 semanas para control. Acude 4 meses después refiriendo aumento del dolor y del tamaño de las adenopatías, acompañado de edema escrotal y de MMII.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, normocárdico. Abdomen sin hallazgos patológicos. No se palpan adenopatías cervicales, supraclaviculares ni axilares. En región inguinal bilateral múltiples adenopatías irregulares de consistencia pétreas, adheridas a planos profundos, no dolorosas. Edema escrotal bilateral sin signos inflamatorios locales. MMI con edemas que dejan fovea desde raíz inguinal sin signos de TVP. Eco abdominal normal y de partes blandas: múltiples ganglios linfáticos de aspecto irregular sin poderse determinar su carácter inflamatorio/neoplásico. EDA: En curvatura menor de estómago, lesión de aspecto neoproliferativa, de 5 cm de la que se toman biopsias. Resto normal. EDB normal. Anatomía patológica (BAG): Infiltración por carcinoma de células en anillo de sello, pobremente diferenciado, de probable origen gástrico. TAC toracoabdominal sin hallazgos.

Juicio clínico: Adenocarcinoma gástrico estadio IV.

Diagnóstico diferencial: Linfoma de Hodgkin, linfoma no Hodgkin, metástasis de tumor primario.

Comentario final: Aunque la etiología más frecuente de las adenopatías es la infecciosa/inflamatoria y las adenopatías inguinales son las más inespecíficas no debemos olvidar la posibilidad de etiología maligna. La anamnesis y la exploración física son fundamentales a la hora de orientar el diagnóstico haciendo hincapié en la presencia de signos y síntomas de alarma. Ante adenopatías de escaso tiempo de evolución es plausible el control en 3-4 semanas sin tratamiento para, posteriormente, decidir actitud diagnóstica más apropiada.

Bibliografía

1. Raluy Domínguez JJ, Meleiro Rodríguez L. Adenopatías, a partir de un síntoma. AMF. 2011;7(4):218-22.

Palabras clave: Adenopatías. Malignidad. Inflamatorias.