



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/694 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ADENOPATÍAS SUBMANDIBULARES

D. Giménez Pastor^a, L. Aponte de la Cruz^a, I. Villar Balboa^b, M. Beà Bernaus^a, N. Arcusa Villacampa^c, y A. Aguayo Alba^a

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Florida Sud. Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

^bMédico Tutor de Medicina de Familia. CAP Florida Sud. Hospitalet de Llobregat. Barcelona. ^cMédico Tutor de Medicina de Familia. CAP Florida Sud. Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 83 años con antecedentes de HTA, DLP, DM2, BAV 1^{er} grado, osteoporosis, y síndrome depresivo. Tratamiento habitual: AAS 100 mg/24h, omeprazol 20 mg/24h, sertralina 50 mg/24h; hidroclorotiazida 50 mg/24h; lisinopril 20 mg/24h y lorazepam 1 mg/24h. Consulta por adenopatías submandibulares bilaterales de 1 mes de evolución. Niega hábitos tóxicos o viajes recientes. No tos, disfonía, síndrome tóxico, clínica respiratoria ni digestiva, hiperhipotiroidismo, lesiones orales, ni clínica ni antecedentes ginecológicos. Última mamografía con 70 años sin alteraciones.

Exploración y pruebas complementarias: PA: 187/78 mmHg; FC: 62 lpm; T^a: 35 °C; Peso: 62 Kg. AC: TCR, sin soplos, no edemas EEII. AR: MVC, sin ruidos sobreañadidos. Abd: blando y depresible, no doloroso, no masas ni megalias. PPLB(-). Adenopatías submandibulares izquierda de 3 cm y derecha de 2 cm, indoloras, no elásticas. No otras adenopatías valorables. Orofaringe: sin alteraciones. Radiografía tórax: sin alteraciones. Analítica: Hb 14,0 g/dL; Hto 43%; leucos 6.500/L (N3.400; L2.100; M760; E190; B60); plaquetas 250.000/L; VSG 24 mm/h; glucemia 109 mg/dL; creatinina 74 umol/L; FG 60; bilirrubina 12 umol/L; ALT 8 U/L; GTT 23 U/L; TSH 1,76 mU/L; Ac. Treponema(-); AgHBS(-); IgGVHC(-); IgGCMV 39 U/mL; IgMCMV(-); IgMVEB(-); ACVIH1-2(-); IgG Toxoplasma 158 UI/mL; IgM Toxoplasma(-); proteínas 71g/L; albúmina 39 g/L; proteinograma (a1G 3,7%; a2G 10,9%; bG 12,5%; gG 13,8%; IgA 4,62 g/L; IgG 10,6 g/L; IgM 0,3 g/L; B 2 mg 1,6 µg/mL). TC cervical: glándula submaxilar izquierda con imagen inferoexterna compatible con adenopatía. Amígdalas linguales asimétricas derecha > izquierda. TC toracoabdominal: sin alteraciones significativas. Ecografía + punción aspiración con aguja fina (PAAF): tumoración intraparotídea bilateral de 3 × 2 cm. Lesión heterogénea de 3 × 2 cm en glándula submandibular izquierda, con adenopatía necrótica de 1 cm adyacente, y lesión similar de 2 × 1 cm en glándula submandibular derecha, con adenopatía necrótica de 1 cm. PAAF: Linfocitosis reactiva. Se recomienda biopsia escisional. Biopsia adenopatía submandibular izquierda: Linfoma folicular grado 1.

Juicio clínico: Adenopatías submandibulares persistentes.

Diagnóstico diferencial: Faringoamigdalitis, otitis, absceso dentario, infecciones locales de tejidos blandos. Malignidad local (linfoma, neoplasia de laringe, nasofaringe, pulmón y mama). Metástasis.

Comentario final: En atención primaria (AP), ante un paciente con adenopatías debemos descartar procesos locales y sistémicos tanto infecciosos como tumorales. La edad, el tiempo de evolución de las adenopatías y las características clínicas permiten realizar una orientación diagnóstica en la mayoría de casos que se confirmará con las pruebas complementarias. La analítica general y la radiografía de tórax son las pruebas más útiles y accesibles en AP. Ante la persistencia de adenopatías o signos indirectos de malignidad asociada, debemos plantearnos la posibilidad de derivación para completar estudio y realización de biopsia ganglionar o PAAF.

Bibliografía

1. Pizarro S. Adenopatías locales y generalizadas En: semFYC, eds. Guía de actuación en Atención Primaria, 3ª ed. Barcelona: semFYC; 2006. p. 21-4.
2. Raluy JJ, Meleiro L. Adenopatías. AMF. 2011;7(4):218-22.
3. Ferrer RL. Evaluation of peripheral lymphadenopathy in adults. UpToDate, 2017.

Palabras clave: Atención primaria de salud. Linfadenopatía. Diagnóstico diferencial.