



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

216/83 - ADENOPATÍAS CERVICALES SUBCLÍNICAS. A PROPÓSITO DE UN CASO

M.E. Montes Belloso^a, M. Rivera Teijido^b, E.M. Cisneros Aguirre^c, B. López Uriarte^d, R. Rico Pérez^e y A. Sandoval Gutiérrez^f

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^bMédico de Familia; ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Isabel II Madrid. ^dMédico de Familia. CS Humanes. Madrid. ^eMédico de Familia; ^fMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Pinto. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 83 años con antecedentes de hipercolesterolemia, exfumador, diagnosticado de enfermedad pulmonar obstructiva crónica y adenocarcinoma de próstata en seguimiento, sin evidencia de recidiva en el momento actual. Acude a la consulta del centro de salud por notar nódulos laterocervicales de una semana de evolución. El paciente no refiere otra clínica ni síndrome constitucional acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Adenopatías pétreas de 2-3 cm, adheridas, no móviles y no dolorosas a la palpación en región laterocervical derecha (nivel V). No se palpan adenopatías en otros territorios ganglionares. Orofaringe: abombamiento del paladar blando. Resto de exploración sin hallazgos significativos. La ecografía cervical muestra múltiples adenopatías bilaterales submentonianas, submandibulares y cervicales superiores y unilaterales cervicales medias y en triángulo posterior derecho, de tamaño mayor a 1,5 cm y morfología redondeada, bordes irregulares y marcados, hipoecogénicas respecto a musculatura adyacente, de contenido heterogéneo por necrosis y ausencia de visualización de hilio ecogénico con alta sospecha de malignidad. No se observan calcificaciones. El paciente presenta analítica y radiografía de tórax normales y en la exploración presenta cuadro de infección respiratoria de vías altas y voz nasal. Se deriva al hospital para estudio de forma preferente: fibroscopia, biopsia, TAC cérvico-torácico y estudio de extensión, con los que se diagnostica.

Juicio clínico: Adenopatías metastásicas de cáncer de cavum T4N3M1.

Diagnóstico diferencial: Linfoma de Hodgkin (localización superior, morfología redondeada), linfoma no Hodgkin (morfología redondeada, borde marcado), carcinoma medular de tiroides (heterogeneidad y calcificación), carcinoma papilar de tiroides (calcificación), tumores de cabeza y cuello (localización superior y heterogeneidad intranodular), carcinoma nasofaríngeo (localización en triángulo posterior), tuberculosis (heterogeneidad).

Comentario final: El hallazgo de adenopatías nos obliga a realizar una anamnesis y exploración física minuciosa para orientar el diagnóstico y solicitar pruebas complementarias. La mayor parte de los pacientes con adenopatías evaluados en la consulta de atención primaria padece un proceso benigno. El hallazgo de adenopatías de 3 o más centímetros, duras, en paciente mayor de 50 años

obliga a descartar un origen maligno de estas, ya que son el factor pronóstico más importante de los carcinomas de células escamosas de cabeza y cuello. La ecografía proporciona información detallada acerca de las adenopatías cervicales, que nos permiten distinguir las diferentes etiologías.

BIBLIOGRAFÍA

1. Giacomini CP, et al. Ultrasonographic Evaluation of Malignant and Normal Cervical Lymph Nodes. *Seminars in Ultrasound, CT and MRI*. 2013;34:236-47.
2. Komma S, et al. Evaluation of cervical lymphadenopathy by ultrasound in comparison with FNAC. *Int J Biol Med Res*. 2014;5:4448-54.
3. Ghafoori M, et al. Sonographic Evaluation of Cervical Lymphadenopathy; Comparison of Metastatic and Reactive Lymph Nodes in Patients With Head and Neck Squamous Cell Carcinoma Using Gray Scale and Doppler Techniques. *Iran J Radiol*. 2015;12:e11044.