



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/3755 - ADENOPATÍA SUPRACLAVICULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA

R. Extremera Recio^a y C. López Olmeda^b

^aMédico de Familia. Consultorio Arroyomolinos. Arroyomolinos. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Villarejo de Salvanés. Villarejo de Salvanés. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 21 años que consulta por adenopatía supraclavicular de 24 horas de evolución sin otra clínica acompañante. Niega viajes, contactos con animales. Recibe 1 ciclo de amoxicilina clavulánico, se solicita radiografía de tórax sin hallazgos, ecografía cuello que describe adenopatía de 13 mm de probable carácter reactivo. A los 20 días continúa sin remisión y comienza con febrícula de 37,5 °C, sudoración vespertina, astenia y ha perdido unos 3 kilos de peso. Ingresa en servicio de MIR para estudio.

Exploración y pruebas complementarias: Adenopatía supraclavicular de 1 cm de diámetro, dolorosa, no adherida a planos profundos. Resto de la EF normal. Leucocitos: 13,47, neutrófilos 10,2 VSG 59 PCR 70,5, coagulación. Serologías negativas para: VEB, VIH, VHB, VHC, VHA, CMV, Toxoplasma, rickettsia/F. botonosa, Borrelia, Coxiella/fiebre Q, PCR Bartonella y Coxiella negativas. Se realiza exéresis de adenopatía para estudio AP: Infiltración generalizada por linfoma Hodgkin clásico tipo esclerosis nodular. TAC toracoabdominopélvico: adenopatías y conglomerados adenopáticos en mediastino de predominio anterosuperior y ambas cadenas mamarias internas, todo ello sugerente de un trastorno linfoproliferativo tipo linfoma. Se realiza exéresis de adenopatía para estudio AP: Infiltración generalizada por linfoma Hodgkin clásico tipo esclerosis nodular.

Orientación diagnóstica: Linfoma Hodgkin clásico tipo EN.

Diagnóstico diferencial: Adenitis bacteriana (TBC, brucelosis, estreptocócica), sarcoidosis, infecciones micóticas. Síndromes mononucleósicos (CMV, toxoplasmosis, VEB), síndromes linfoproliferativos (linfoma de Hodgkin y no Hodgkin). Metástasis.

Comentario final: Tras una primera aproximación mediante la anamnesis y la EF debemos diferenciar las adenopatías de carácter reactivo de las que tienen riesgo de representar un proceso neoplásico. Ante signos de alarma (edad > 40 a, tiempo de evolución mayor a 4-6 semanas, no regresión tras 12 semanas, ADP generalizadas, ADP supraclavicular, síntomas sistémicos) debemos derivar para estudio ya sea por sospecha de malignidad, evolución subaguda o crónica o falta de resolución con tratamiento específico.

Bibliografía

1. Redondo Sánchez J. Actitud ante una linfadenopatía localizada. Jano. 2009;1752: 31-3.

2. Piñeiro Pedraza J, Iñiguez Vázquez I, et al. Estudio de una linfadenopatía. Guías Fisterra. Actualizado 7-4-2016. Disponible: [http://fisterra.scsalud.csinet.es/guias clinicas/estudio-linfadenopatia/](http://fisterra.scsalud.csinet.es/guias_clinicas/estudio-linfadenopatia/)

Palabras clave: Adenopatía supraclavicular. Linfoma.