



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/4450 - DOCTOR, TENGO UN BULTO EN EL CUELLO

C. Galán Requena^a, C. Urabayen Arraiza^a, E. Romero Rodríguez^b y A. Linares Ruiz^b

^aMédico de Familia. CAP Sarriguren. Pamplona. ^bMédico de Familia. CAP Medina Urbano. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 24 años, natural de Ecuador, sin antecedentes de interés ni medicación habitual, acude por presentar desde hace 14 días un bultoma no doloroso en región submandibular izquierda. No refiere presentar otra sintomatología por aparatos ni datos locales. Afebril desde el inicio. No viajes al extranjero, no contacto con animales. No ha perdido peso ni apetito. Pareja estable desde los 17 años. No reconoce relaciones sexuales fuera de la pareja. Pareja asintomática. Niega consumo de tóxicos. Trabaja de mecánico. Hacen en casa queso con leche comprada de granja sin pasteurizar ni hervir.

Exploración y pruebas complementarias: Adenopatía submandibular izquierda firme de aprox. 3 cm no dolorosa, rodadera no adherida, firme. No adenopatías ni axilares ni inguinales, resto sin alteraciones. Analítica de sangre y analítica de orina sin alteraciones, radiografía de tórax con ligera pérdida de volumen del LSD. Eco submandibular con resultado de adenopatía submandibular izquierda de 33,6 × 24,4 mm. Se amplía analítica con serología para Bartonella henselae, Brucella, VEB, Toxoplasma, CMV, factor reumatoide, tirotropina, IgG, IgA, IgM, PCR, todas con resultado negativo. Se solicita además Mantoux y Quantiferon, siendo también negativos. Se realiza IC a Medicina Interna, quienes solicitan ampliación de la analítica y PAAF de adenopatía.

Orientación diagnóstica: Adenopatía de origen tumoral.

Diagnóstico diferencial: Infecciosas por síndromes mononucleósidos, infecciones bacterianas, parásitos, hongos, inmunológicas, tumores hematológicos, tumores sólidos, metástasis...

Comentario final: Desde Atención Primaria, el primer paso para encaminar el diagnóstico etiológico consiste en diferenciar una adenopatía de origen tumoral o de otra naturaleza. Por ello, es obligada la realización de estudios complementarios, además de una buena historia clínica y una correcta exploración física. La edad y el tiempo de evolución son factores a tener en cuenta. El diagnóstico definitivo, en muchos casos, proviene del estudio anatomopatológico del ganglio mediante PAAF o biopsia ganglionar, quien determinará a su vez, el tratamiento adecuado y el pronóstico.

Bibliografía

1. New Green Book DTM. Marbán, 2015.
2. Navas Almodóvar MR, Riera Taboas L. Estudio de una linfadenopatía. Fisterra, 2016.

Palabras clave: Linfadenopatía. Diagnóstico diferencial. Indolora.