



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/2244 - ESTUDIO DE ADENOPATÍA DE VIRCHOW: A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Maamar El Asri<sup>a</sup>, A. Gutiérrez Pérez de Lis<sup>b</sup>, I. Hernando García<sup>c</sup> y A. Artime Fernández<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria.

<sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. <sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Santander.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 66 años con AP de fumadora de 60 paquetes-año y sin antecedentes, que acude a su MAP por sensación de bultoma en región supraclavicular izquierda de 4 días de evolución. Doloroso a la palpación, niega fiebre ni síndrome general. No disfonía aunque sí tos matutina con expectoración blanquecina. Se solicita Rx tórax y analítica completa y con los resultados obtenidos, se envía a la paciente a consulta rápida de medicina interna para estudio.

**Exploración y pruebas complementarias:** Consciente y orientada, afebril. Conglomerado adenopático supraclavicular izquierdo, móvil, no adherido a planos profundos. Resto de cadenas (axilar, cervical, yugulares, inguinales) libres de adenopatías. Orofaringe normal. ACP: rítmica sin soplos, con MVC. Abdomen anodino, sin masas. Bioquímica: glucosa = 104, urea = 25, creatinina = 0,67, ácido úrico = 2,3, bilirrubina = 0,3, AST = 19, ALT = 15, GGT = 15, FA = 86, LDH = 239, calcio = 9, Na = 140, K = 4,5, cloro = 106, PCR = 0,7, FG > 90. Hemograma: leucocitos = 7,9, hemoglobina = 13,1, VCM = 87, plaquetas = 11.500, segmentados = 89,9%. Rx tórax: ensanchamiento mediastínico superior. TAC cervicotoracoabdominal: Conglomerados adenopáticos necróticos en región supraclavicular izquierda y espacio prevascular con adenopatías en la región paratraqueal baja, subcarinal y parahiliar derechas. Biopsia guiada por ecografía del ganglio: carcinoma microcítico (metástasis) de tumor primario desconocido. PET: foco hipermetabólico en mediastino, con afectación supraclavicular y paraaórtica sugerente de neoplasia pulmonar.

**Orientación diagnóstica:** Adenopatía supraclavicular izquierda (ganglio de Virchow) en paciente con carcinoma microcítico de pulmón con enfermedad limitada.

**Diagnóstico diferencial:** Adenopatía. Lipoma. Quiste de sebo.

**Comentario final:** La adenopatía es el aumento de tamaño de un ganglio linfático. Entre las causas encontramos las malignas, infecciosas, autoinmunes, farmacológicas e iatrogénicas. Para el estudio de adenopatías se requiere de una historia clínica minuciosa que incluya antecedentes infecciosos, viajes, exposiciones ambientales, contactos sexuales, síndrome general, antecedentes familiares de autoinmunidad o neoplasia... así como una exploración física completa, palpando todas cadenas ganglionares. En función de los hallazgos, las adenopatías que sugieran malignidad obligan a descartar proceso neoplásico mediante biopsia del ganglio. Entre los factores de riesgo encontramos la edad, duración mayor de 6 semanas, adenopatías generalizadas, sexo varón, síntomas sistémicos

(fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso) y localización supraclavicular. Esta última se asocia a un alto riesgo de proceso maligno y obliga a estudiarlo de manera urgente, ya que en la mitad de los mayores de 40 años se evidencia malignidad. La paciente comenzó tratamiento quimiorradioterápico. El abordaje del MAP resultó clave, ya que una buena anamnesis y exploración físicas son imprescindibles para orientar el estudio posterior, fundamental en los casos en los que se sospeche malignidad.

### **Bibliografía**

1. Gaddey Hl. Unexplained Lymphadenopathy: Evaluation and Differential Diagnosis. American Family Physician. 2016;94(11).

**Palabras clave:** Linfadenopatía. Ganglio de Virchow. Supraclavicular.