



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 347/1808 - DESCUBRIENDO UN ICEBERG

A. Moreno Latorre<sup>a</sup>, J. Villaescusa Ruiz<sup>a</sup>, A. García Cánovas<sup>a</sup> y J. Peña Doncel-Moriano<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Murcia. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud San Antón. Cartagena.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 43 años sin antecedentes personales de interés ni tratamiento crónico que acude al centro de salud por bultoma retroauricular bilateral desde hace 2 meses, ha aumentado de peso últimamente y se encuentra muy cansada. Tras la exploración se solicita una analítica general, y se deriva a cirugía general para valoración quirúrgica.

**Exploración y pruebas complementarias:** La tumoración retroauricular izquierda impresiona a la palpación de nódulo, móvil, no fijo a planos profundos, de 2 cm de tamaño. Simula un quiste de difícil diferenciación de una adenopatía. La tumoración derecha es de menor tamaño 1,5 cm de similares características. Analítica: glucosa: 89 mg/dL; hemoglobina: 13,2 g/dL; VCM: 107,1 fL; HCM: 36,3 pgr/cél; Hto: 39%; plaquetas:  $174 \times 10^3/uL$ ; hierro: 63  $\mu g/dL$ ; ferritina: 18 ng/mL; reticulocitos: 28.000; leucocitos:  $4,85 \times 10^3/uL$ ; TSH: 6.550  $\mu UI/Ml$ ; T4L: 0,79 ng/dL; PCR: 4,2 mg/Dl. En cirugía general le impresiona de quiste sebáceo que corresponde a un nódulo solido bilobulado. Se derivó a anatomía patológica tras biopsia. AP: linfadenitis granulomatosa no necrotizante. En el centro de salud se solicita un ECG, un Mantoux, bioquímica, proteinograma y hormonas tiroideas. ECG: ritmo sinusal, eje normal, 87 lpm, sin alteraciones. Mantoux negativo. Analítica con b2 microglobulina 2,3 y proteinograma normal. En medicina interna se solicita un TC de tórax, analítica y PAAF. En la nueva analítica se observa una CEA 70,9 U/L, la nueva PAAF confirma el diagnóstico de la anterior y en el TC: adenopatías mediastínicas e hiliares, axilares y mesentéricas en probable relación con proceso granulomatoso, sin afectación del parénquima pulmonar.

**Orientación diagnóstica:** Sospechamos patología infiltrativa ganglionar y tras la PAAF y la demás pruebas dio la cara una Sarcoidosis. Además la paciente tenía un hipotiroidismo primario y una macrocitosis por déficit de B12.

**Diagnóstico diferencial:** 1. Adenopatía/quiste sebáceo/nódulo/tumoración. 2. Tumoral/tuberculosis/enfermedades por inhalación de polvos (neumonitis por hipersensibilidad o beriliosis)/sarcoidosis.

**Comentario final:** Hay que tener presente las enfermedades de carácter sistémico, si no pensamos en ellas no podremos diagnosticarlas y muchas pueden debutar con una afectación cutánea.

### Bibliografía

1. Prasse A. The Diagnosis, Differential Diagnosis, and Treatment of Sarcoidosis. Dtsch Arztebl Int. 2016;113(33-34):565-74.

**Palabras clave:** Sarcoidosis. Adenopatía.