



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/1635 - PRESENTACIÓN DE UN LINFOMA FOLICULAR COMO ADENOPATÍA AXILAR

Á. Molinero Machargo¹ y E. Fernández Mielgo²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado II. León. ²Médico de Familia. Centro de Salud José Aguado II. León.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 75 años, acude a consulta por notar tumoración en axila izquierda desde hace unos días. Niega traumatismo previo. No fiebre. No astenia ni pérdida de peso. No otra sintomatología asociada.

Exploración y pruebas complementarias: Se palpa tumoración de consistencia homogénea en axila izquierda. No se palpan adenopatías a otros niveles. No otras alteraciones. Analítica: glucosa 117 mg/dl, urea 25 mg/dl, creatinina 0,88 mg/dl, pruebas de función hepática normales, proteínas totales 7 g/dl, calcio 9,8 mg/dl, fosforo 2,63 mg/dl, iones normales. leucocitos 8.900 (fórmula normal), hemoglobina 16,1 g/dl, plaquetas 121.000 u/ul. Ecografía: se explora región axilar izquierda visualizando un nódulo marcadamente hipoecoico, circunscrito y con buena transmisión sónica, con presencia de vascularización en su espesor, sugestivo de adenopatía patológica como primera posibilidad. Mide unos 2,8 cm de eje largo y 1,9 cm de eje corto. Por detrás de ésta se visualiza otra adenopatía de menor tamaño y morfología ligeramente irregular, unos 2,5 cm de eje largo y 1,4 cm aproximadamente de eje corto, también de aspecto sospechoso. Biopsia de adenopatía: linfoma folicular de bajo grado (grado 1-2), inmunohistoquímica positiva para cd20, cd79 a, cd10, bcl6 y bcl2.

Orientación diagnóstica: Adenopatía axilar por linfoma folicular de bajo grado.

Diagnóstico diferencial: Lipoma, adenopatía de tipo reactivo (inflamatorio, infeccioso).

Comentario final: El linfoma folicular es el segundo linfoma más frecuente. Su principal forma de presentación es una adenopatía periférica en ingles, axilas u otras áreas ganglionares, por lo que debemos mantener un alto índice de sospecha ante su aparición. La biopsia escisional es el mejor método diagnóstico, pues permite ver la arquitectura ganglionar y realizar el estadiaje. Los linfomas foliculares de grado 1 y 2 se consideran indolentes, pero los de grado 3 tienen potencial de transformarse en linfomas difusos de células B grandes (agresivos). En el caso de nuestro paciente, se realiza estudio de extensión mediante TC y biopsia de médula ósea, y se concluye que se trata de un linfoma de bajo grado, por lo que comienza a realizar seguimiento en consultas externas de Hematología.

Bibliografía

1. Freedman S, Aster C. Clinical manifestations, pathologic features, and diagnosis of mantle cell lymphoma. 2019. Disponible en:
<https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-pathologic-features-and-diagnosis-of-mantle-cell-lymphoma#references>

Palabras clave: Adenopatía axilar. Linfoma.