



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/320 - ADENOPATÍA INGUINAL

E. Chirveches Pérez, M. Sallent Claparols, E. Mestres Moreno y M. Albiol Serra

Médico de Familia. CAP Sant Joan. Vilanova i la Geltrú. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 29 años, sin antecedentes patológicos de interés, que consultó por dolor zona inguinal derecha que explicaba mecánico, de 2 semanas evolución que asociaba a su actividad laboral (monitor de gimnasia). En el interrogatorio no refiere otra sintomatología, excepto leve astenia.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: no se aprecian lesiones cutáneas. Se palpan varios ganglios en territorio inguinal derecho (4) e izquierdo (3), bien delimitados, no adheridos a planos profundos, de entre 0,5 a 1,5 cm diámetro. Se solicitó analítica: leucocitos $8,27 \times 10^9/L$ con leve monocitosis. Treponema pallidum Ac IgG + IgM: 5;1 (< 1). RPR positivo título 1/64. TPHA positivo. Serologías VHC, VHB, VIH negativas. Resto analítica normal. Dado el resultado analítico se contactó con el paciente: refiere pareja sexual estable desde hace 1 año. En la exploración presentaba máculas rosadas, ovaladas, no confluyentes, palmoplantares y en antebrazos, tórax y abdomen, que refería habían aparecido 2-3 días antes de la visita. No se observan lesiones en mucosas. El paciente refería persistencia de la astenia, persistía afebril. No se palpan adenopatías en otros territorios a los ya citados (inguinales).

Orientación diagnóstica: Se orientó el caso como sífilis secundaria precoz y se administró penicilina G benzatina 2,4 millones de UI por vía intramuscular (la mitad en cada nalga), 3 semanas consecutivas. Actualmente pendiente de resultados analítica.

Diagnóstico diferencial: Ante la presencia de adenopatías hay que pensar en diversas enfermedades: Infecciosas: víricas (herpes simple, virus de la inmunodeficiencia humana), bacterianas (estafilococos, chancroide), fúngicas, parasitarias, por clamidias (linfogranuloma venéreo), por espiroquetas (sífilis), por Rickettsias. Malignas: hematológicas (linfoma, leucemia) o metastásicas. Autoinmunitarias. Endocrinológicas. De causa desconocida (sarcoidosis). Fármacos (alopurinol, atenolol, captopril, carbamacepina).

Comentario final: La causa más frecuente de adenopatías en Atención Primaria suele ser benigna (infecciosa o reactiva). Su localización suele orientar sobre su etiología. Es muy importante realizar una adecuada anamnesis y una completa exploración física, incluyendo todos los territorios ganglionares. La incidencia de la sífilis está aumentando. El tratamiento adecuado de la sífilis primaria y secundaria es curativo en la mayor parte de pacientes.

Bibliografía

1. Puig Valls B. Adenopatías locales y generalizadas. Guía de actuación en Atención Primaria, 4ª ed. Barcelona: semFYC; 2011:23-9.

Palabras clave: Adenopatía. Sífilis.