Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):1458

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/821 - ADENOPATÍA INGUINAL E HISTIOCITOSIS ¿SEGURO?

I. Espejo Jiménez[1], A. Fuentes Cruz[2], A. Amaro García[2] y B. Zafra Olmo[2]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bulevar. Jaén. [2]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Felipe. Jaén.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 40 años que acude por notar “bulto” inguinal izquierdo y astenia que relaciona con el trabajo (agricultor). Niega otros síntomas. AP: NAMC. Exfumador (6 meses) con CA 25 paq/año.

Exploración y pruebas complementarias: BEG, no palpo adenopatías laterocervicales, ni supraclaviculares. Adenopatía inguinal izquierda dolorosa adherida. ACP: normal. Analítica: hemograma, coagulación, bioquímica y VSG normal. Rx tórax: hilio pulmonar izquierdo algo engrosado. Resto normal. Ecografía: adenopatía inguinal izquierda. Derivación M. Interna: Serologías (CMV, VEB, Treponema, VIH): negativas. Proteinograma, B2 microglobulina, marcadores tumorales: negativos. ANA: positivo 1/160 con patrón moteado. Biopsia adenopatía: histiocitosis sinusal reactiva. IC a Hematología: solicitan PET-TC: Adenopatías cervicales y lesión hipermetabólica en hilio pulmonar izquierdo. IC Neumología: fibrobroncoscopia negativa. Hematología sigue en consulta: observación. El paciente nos consulta por cuadro de palpitaciones y dolor torácico evidenciando en ECG flutter auricular a FC: 160 lpm. Al estrecharnos la mano observamos acropaquias, reinterrogamos sobre historia previa y afirma que lo han diagnosticado de histiocitosis. Refiere ahora tos seca y pérdida de peso para nueva valoración. Realizamos derivación a Neumología preferente: Rx tórax: masa hiliar izquierda aumentada de tamaño en los últimos meses. TAC tórax: masa parahiliar izquierda sólida con extensión a LS y LII que engloba arteria pulmonar principal izquierda y sus ramas lobares con signos de infiltración de arteria lobar inferior, englobando bronquio principal y lobares izquierdos. Broncoscopia: mucosa bronquial con metaplasia escamosa sin atipia. Ausencia de infiltración tumoral. PET-TC: masa parahiliar con metabolismo muy elevado compatible con malignidad (primario pulmonar), probable afectación N1 por contigüidad. EBUS: Adenopatía bulky sugestiva de infiltración por carcinoma de células no pequeñas. Tratamiento: Neumonectomía izquierda. QT adyuvante sin evidencia de enfermedad tumoral en último TAC.

Orientación diagnóstica: Adenocarcinoma pulmonar.

Diagnóstico diferencial: Infecciones. Cuadro linfoproliferativo. Enfermedades autoinmunitarias. Neoplasias.

Comentario final: No existe tratamiento específico para las adenopatías. El tratamiento debe realizarse una vez que se conoce la causa y para ello debemos hacer una buena anamnesis y

exploración exhaustiva. Es importante detectar signos de alarma (en nuestro caso al observar acropaquias) y derivar a especialista si aparición de éstas y ante duda diagnóstica aún teniendo pruebas complementarias relativamente recientes negativas pues las patologías son dinámicas y evolucionan y los pacientes cambian de clínica, de ahi la importancia de reevaluar por nuestra parte.

Bibliografía

1. Asociación de Neumología y Cirugía Torácica del Sur. Documento de consenso Neumosur sobre el diagnóstico, estadificación y tratamiento del cáncer de pulmón. Revista Española Patología Torácica. 2017;29(2) Suplemento 1:98.

Palabras clave: Adenopatía. Adenocarcinoma pulmonar. Histiocitosis.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.