



Medicina de Familia
SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



EL DÍA A DÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA: ¿QUÉ HARÍA USTED ANTE UN PACIENTE...?

¿Qué haría usted ante un paciente adulto que consulta por una tumoración cervical?



A. Piera-Salmerón^a, M.E. Buil-Arasanz^{a,*}, F. Bobé-Armant^b y M. Carrión-Monllor^a

^a Medicina Familiar y Comunitaria, CAP Dr. Lluís Sayé, Atención Primaria, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

^b Medicina Familiar y Comunitaria, CAP Jaume I, Atención Primaria, Institut Català de la Salut, Tarragona, España

Recibido el 16 de agosto de 2015; aceptado el 2 de octubre de 2015

Disponible en Internet el 15 de noviembre de 2015

PALABRAS CLAVE

Linfoma;
Tumoración cervical;
Adenopatías
cervicales

Resumen Las tumoraciones cervicales son un motivo de consulta frecuente en Atención Primaria. La etiología de estas tumoraciones es muy diversa y engloba patología maligna. El reto fundamental para el médico de Atención Primaria es identificar los casos que son secundarios a tumores malignos o enfermedades graves. Un buen conocimiento de la anatomía del cuello, asociado a una buena anamnesis y a exploración física, nos permitirán llegar a una correcta orientación diagnóstica en la mayoría de los casos y, si es necesario, a seleccionar las pruebas complementarias adecuadas o a derivar al siguiente nivel asistencial, y con qué grado de prioridad, en función de la sospecha diagnóstica. El linfoma debuta con frecuencia con adenopatías cervicales como primera manifestación clínica, como es el caso de nuestro paciente. Tras la revisión del tema, aportamos un algoritmo de ayuda para el abordaje clínico.

© 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Lymphoma;
Neck mass;
Cervical
lymphadenopathy

What would you do with an adult patient who complains of a neck mass?

Abstract Family physicians frequently encounter patients with neck mass. There are multiple causes that range from no clinical importance to malignant tumours. The critical challenge for the primary care physician is to identify which cases are secondary to malignancies or other serious conditions. With a good knowledge of the complex anatomy of the neck and a careful clinical history, including a complete physical examination, the different causes can be narrowed down, as well as to differentiate between significant and non-significant neck masses and select the appropriate studies. Lymphoma commonly presents as a painless enlarged lump in the neck, as in the case of the patient presented. An algorithm is provided to help practitioners. © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ebuil.tarte.ics@gencat.cat (M.E. Buil-Arasanz).

Situación clínica

Presentamos el caso de un varón de 33 años, sin antecedentes, excepto fumador de 2 cigarrillos/día, que consultó por tumoraciones cervicales, de una semana de evolución. Explicaba cuadro catarral con febrícula el primer día, hacía una semana, autolimitado, expectoración hemoptoica en una ocasión, y pérdida de peso de 5 kg en los últimos 2 meses que atribuía a duelo por fallecimiento de una amiga. En la exploración destacaba buen estado general, se palpaban múltiples adenopatías laterocervicales bilaterales. Destacaban 2 por su mayor tamaño, una laterocervical baja izquierda de 2 cm y una derecha de 1,5 cm, visibles, de consistencia media, no dolorosas, móviles. Había pequeñas adenopatías inguinales bilaterales <1 cm y el resto de la exploración física fue normal. Se inició estudio y se solicitó radiografía de tórax y analítica. La radiografía se informó como condensación en lóbulo inferior izquierdo compatible con neumonía como primera posibilidad, no sugestiva de tuberculosis. La clínica del paciente no indicaba neumonía (ausencia de fiebre y de síntomas respiratorios). La analítica mostró leucocitosis $15,28 \times 10^9/l$ (75% neutrófilos), VSG 64 mm/h, siendo el resto negativo, incluidas las serologías (IG M capsida del virus Epstein-Barr, Paul-Bunell, IG M e IG G del citomegalovirus, IG M e IG G del toxoplasma, sífilis, VIH, hepatitis B y C). Con la orientación diagnóstica de adenopatías cervicales patológicas, condensación pulmonar y pérdida de peso, se derivó a Medicina Interna para diagnóstico rápido, para descartar como primeras posibilidades linfoma y tuberculosis. Se realizaron las siguientes pruebas: serologías de adenovirus, clamidia, micoplasma y brucela, que fueron negativas. TAC torácica que mostró área de consolidación pulmonar en lóbulo inferior izquierdo, con broncograma aéreo y cavitaciones, adenopatías mediastínicas, axilares y supraclavicular izquierda; radiológicamente planteaba diagnóstico diferencial entre proceso infeccioso o neoplásico (adenocarcinoma o linfoma). TAC abdominal: sin hallazgos. Biopsia de ganglio supraclavicular: diagnóstico de linfoma de Hodgkin, estadio IVb (afectación pulmonar). Inició tratamiento con quimioterapia y, actualmente, tras completar 6 ciclos, se encuentra en remisión completa.

Manejo de la situación

Nuestro paciente fue diagnosticado de linfoma de Hodgkin: el motivo de consulta fueron las adenopatías laterocervicales bilaterales de reciente aparición. Con frecuencia la manifestación inicial del linfoma son las adenopatías laterocervicales o supraclaviculares, y, posteriormente, se extiende a otras localizaciones¹. A raíz de este caso, revisamos el tema, para dar respuesta a la pregunta inicial.

Una tumoración cervical es cualquier aumento de volumen que se forma anormalmente en la región cervical. El reto fundamental para el médico de familia es identificar los casos que son secundarios a tumores malignos o enfermedades graves. Un buen conocimiento de la anatomía del cuello, asociado a una buena anamnesis y exploración física, y el conocimiento de las causas más y menos frecuentes nos permitirán llegar a una correcta orientación diagnóstica en la mayoría de los casos y, si es necesario, a seleccionar las pruebas complementarias adecuadas o a derivar al siguiente nivel asistencial, y con qué grado de prioridad, en función de la sospecha diagnóstica.

El cuello es una región anatómica compleja, que se localiza entre la mandíbula y las clavículas. En esta pequeña área se hallan presentes varios sistemas: digestivo, respiratorio, vascular, nervioso, ganglionar y glandular (tiroides, paratiroides, glándulas salivares). En la zona anterior se encuentra la glándula sublingual, tiroides y tráquea. Lateralmente tenemos a la glándula parótida y glándula submaxilar, y el músculo esternocleidomastoideo que nos divide la zona en 2 triángulos: anterior y posterior, que nos ayuda a localizar las lesiones (fig. 1).

Al valorar una tumoración cervical, es muy importante que no se nos escapen las adenopatías metastásicas, los tumores malignos primarios (linfoma, glándulas salivares, tiroides...), tuberculosis ganglionar y los abscesos. Todas estas situaciones requieren un tratamiento específico que no conviene retrasar^{2,3}.

Nos centraremos en las adenopatías, caso de nuestro paciente. Son la causa más frecuente de tumoración cervical. Los ganglios se distribuyen por todo el organismo, y pueden ser superficiales (accesibles por la exploración física: cervicales, supraclaviculares, axilares, epitrocleares,

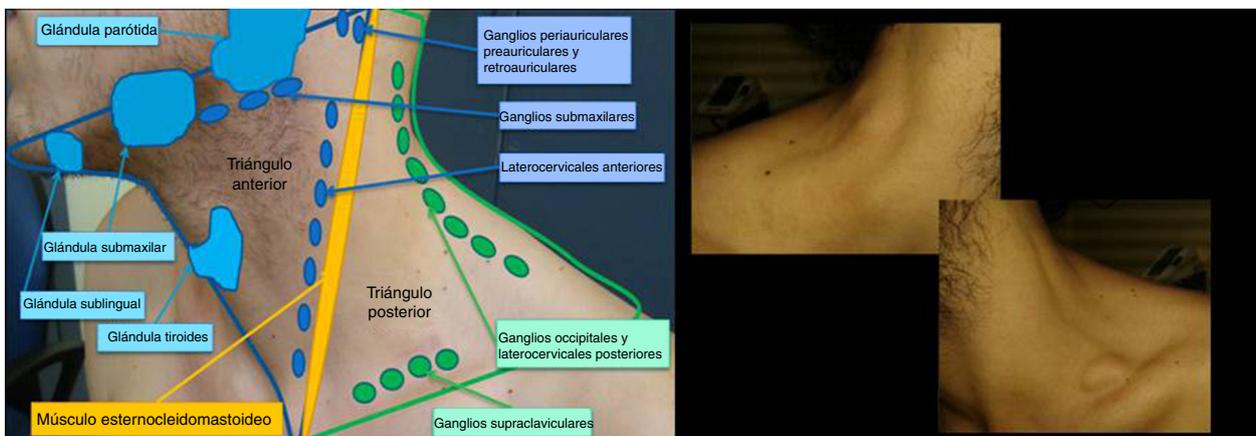


Figura 1 Esquema de anatomía cervical y fotografía del paciente.

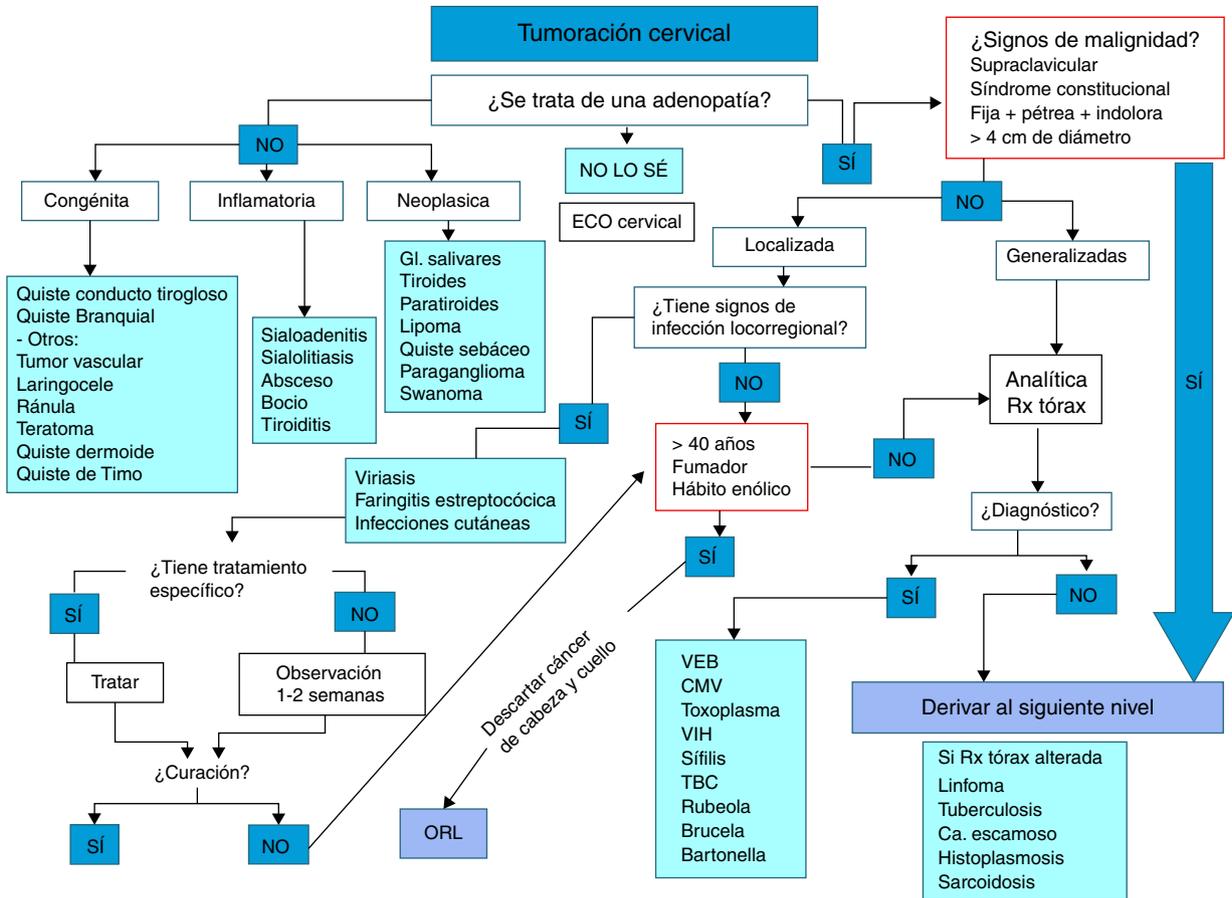


Figura 2 Algoritmo.

inguinales y poplíteos) y profundos (requieren pruebas de imagen para detectarlos: mediastínicos, mesentéricos y retroperitoneales). Una adenopatía es el aumento de tamaño, de consistencia o del número de ganglios. Las cervicales son las más frecuentes y se dividen en retroauriculares, inframandibulares, cervicales anteriores, cervicales posteriores y supraclaviculares. Las adenopatías se consideran patológicas y, por tanto, requieren valorar la causa, cuando su tamaño es superior a 1 cm, excepto los ganglios inguinales que es a partir de 2 cm, los epitrocleares a partir de 0,5 cm, y cualquier tamaño si la localización es supraclavicular. Una adenopatía supraclavicular es siempre patológica, y obliga a descartar metástasis. La supraclavicular derecha se asocia con cáncer en mediastino, pulmonar o esófago, y la izquierda con cáncer abdominal. Las adenopatías supraclaviculares, mediastínicas, abdominales, epitrocleares y poplíteas (en ausencia de lesión local en estas 2 últimas) deben considerarse siempre patológicas⁴.

La prevalencia de etiología maligna en Atención Primaria es muy baja, aproximadamente el 1%⁵. Los niños y adultos jóvenes suelen presentar enfermedad benigna, pero a partir de los 40 años la incidencia de procesos malignos aumenta.

La edad del paciente y las características de las adenopatías son datos muy importantes⁶. Las adenopatías reactivas a infecciones víricas de vías respiratorias superiores son móviles, rodaderas, bilaterales, de consistencia elástica, poco dolorosas y sin signos inflamatorios locales, agudas y autolimitadas en menos de 2 semanas. Las secundarias a

infecciones locales bacterianas (amigdalitis estreptocócica, flemón dental, infección cutánea...) suelen ser unilaterales, muy dolorosas, blandas y con signos inflamatorios locales, empastadas, poco móviles, y si se abscesifican, fluctúan. Si fistulizan indican tuberculosis. Las típicas de los linfomas son de consistencia firme, móviles y no dolorosas. Las metastásicas son duras, pétreas, indoloras y adheridas a planos profundos, y muchas veces son el único signo de una neoplasia asintomática.

Así pues, ante un paciente con tumoración cervical nos podríamos plantear las siguientes preguntas de forma sucesiva, que nos llevarán hacia una orientación diagnóstica y que resolveremos únicamente con la anamnesis y exploración física (fig. 2):

1. ¿Es una adenopatía? Esta primera aproximación es importante, dado que el enfoque diagnóstico será diferente si se trata de una adenopatía o de otro tipo de tumoración. Si tenemos dudas, podemos solicitar una ecografía cervical. En caso de tumoración no adenopática, actuaremos en función de la naturaleza de cada lesión. El diagnóstico diferencial es entre tumoraciones congénitas (quiste en el conducto tirogloso, quiste branquial, quiste dermoide), inflamatorias o neoplásicas.
2. Ante una adenopatía, lo primero es descartar signos que nos hagan pensar en malignidad (localización supraclavicular, síndrome tóxico, adenopatías fijas, pétreas y no

dolorosas, o tamaño superior a 4 cm) que obligan a un estudio rápido para descartar cáncer.

3. En caso de ausencia de criterios de malignidad, nos plantearemos si son localizadas o generalizadas: ¿cuántos territorios ganglionares hay afectados? Uno (localizadas; es la situación más frecuente, 75% de los casos), 2 o más no contiguos (generalizadas; 25% de los casos).
4. Las adenopatías generalizadas requieren estudio siempre; obligan a realizar un diagnóstico rápido para descartar enfermedad sistémica. Solicitaremos analítica general con VSG y serologías para Epstein-Barr, citomegalovirus, toxoplasma, HIV, sífilis, y radiografía de tórax. Se debe actuar según diagnóstico. Si en la radiografía de tórax hay afectación pulmonar o adenopatías mediastínicas, se debe derivar al segundo nivel asistencial para descartar tuberculosis, linfoma, carcinoma escamoso, histoplasmosis y sarcoidosis⁷. Si la analítica y radiografía son normales, derivaremos al segundo nivel asistencial para estudio (TAC toracoabdominal, PAFF y biopsia ganglionar), para descartar tuberculosis, linfoma, leucemia, cáncer, brucelosis, y otras causas menos frecuentes como enfermedades autoinmunes, fármacos, etc.
5. Ante adenopatías localizadas se descartarán como primera opción causas locales benignas o malignas, se realizará un examen exhaustivo de la zona anatómica drenada por ese grupo de ganglios linfáticos. Con menor frecuencia, las adenopatías localizadas pueden ser la manifestación inicial de una enfermedad que cursa con adenopatías generalizadas. Si existen signos de infección locorregional, que es la situación más frecuente en Atención Primaria, nos encontraremos ante un proceso infeccioso de vías aereodigestivas altas (vírico o bacteriano) o infecciones del cuero cabelludo. Realizaremos tratamiento específico de cada situación. Si no hay signos de infección locorregional, o las adenopatías no se resuelven en 2 semanas, y el paciente tiene edad > 40 años, es fumador o tiene hábito enólico, hay que ir a descartar cáncer de cabeza y cuello (faringe,

laringe, cavidad oral, senos paranasales y cavidad nasal, glándulas salivares) como primera posibilidad, y derivar al otorrino. Podría tratarse también de la manifestación inicial de un cáncer de tiroides, esófago, pulmón o melanoma. En caso de adenopatías cervicales localizadas, con características inflamatorias, de evolución subaguda o crónica, cabe pensar en la posibilidad de una tuberculosis ganglionar. En caso de adenopatías cervicales no dolorosas, móviles, de consistencia elástica, uni- o bilaterales, pensaremos en la posibilidad del linfoma. Descartadas las causas locorregionales, estudiaremos como si se tratase de adenopatías generalizadas.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés ni financiación en este trabajo.

Bibliografía

1. Herd MK, Woods M, Habib A, Brennan PA. Lymphoma presenting in the neck: Current concepts in diagnostic. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2012;50:309–13.
2. Lin D, Deschler D. Evaluation of a neck mass. UpToDate 2013. [consultado 14 Ago 2015]. Disponible en: <https://www.uptodate.com>
3. Emerick K, Lin D. Differential diagnosis of a neck mass. UpToDate 2014. [consultado 14 Ago 2015]. Disponible en: <https://www.uptodate.com>
4. Fletcher RH. Evaluation of peripheral lymphadenopathy in adults. UpToDate 2014. [consultado 14 Ago 2015]. Disponible en: <https://www.uptodate.com>
5. Ferrer R. Lymphadenopathy: Differential diagnosis and evaluation. *Am Fam Physician.* 1998;58:1313–20.
6. Raluy-Dominguez JJ, Meleiro-Rodríguez L. Adenopatías. *AMF.* 2011;7:218–22.
7. Martínez-Hernández PL, Alves-Ferreira FJ. Mujer de 20 años con fiebre y adenopatías cervicales. *Rev Clin Esp.* 2012;212:90–7.