

Evaluación y diagnóstico de un paciente con adenopatía cervical: del síntoma al diagnóstico de la enfermedad.

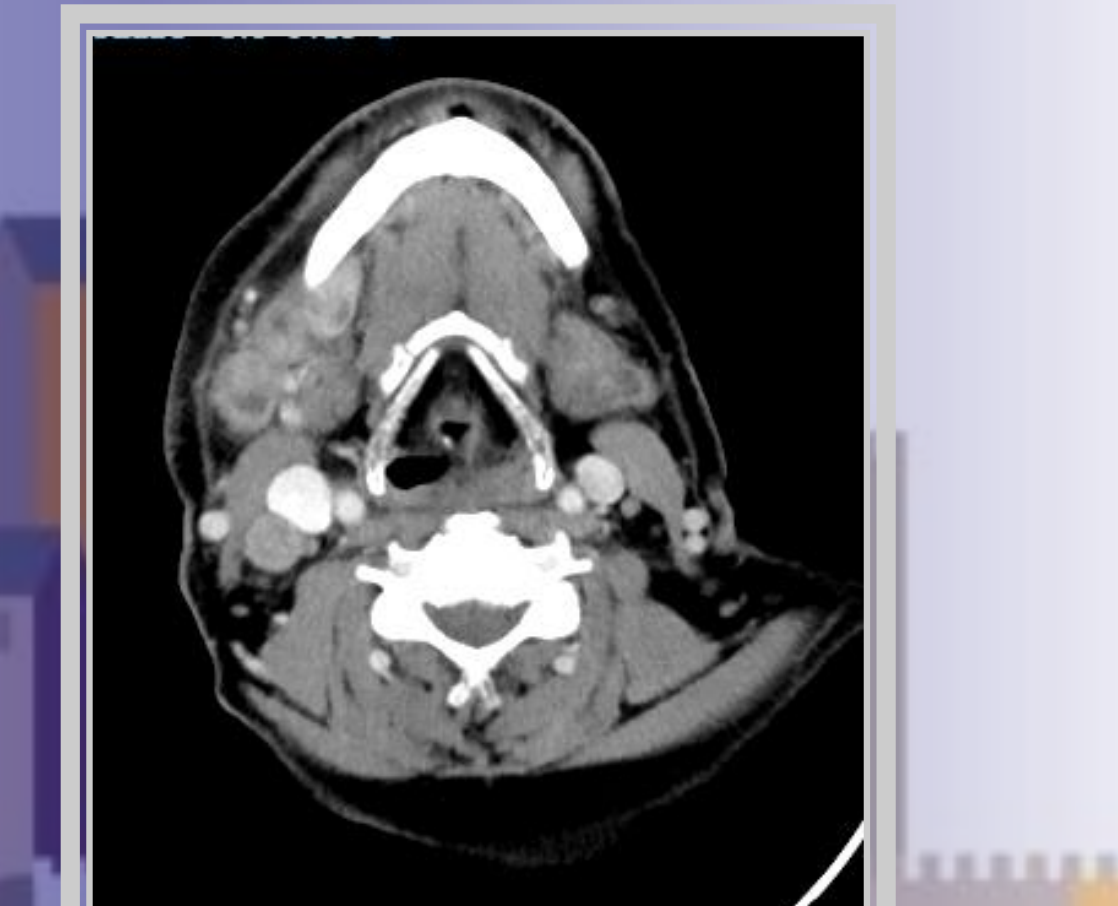
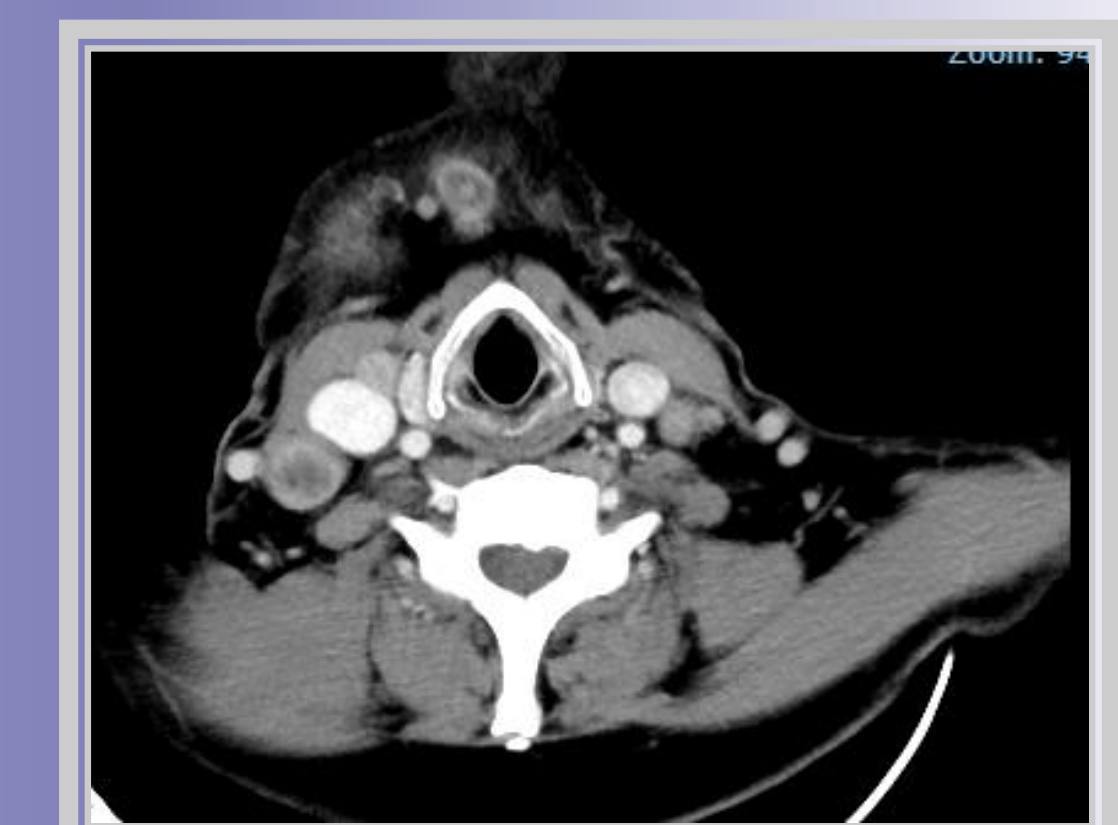
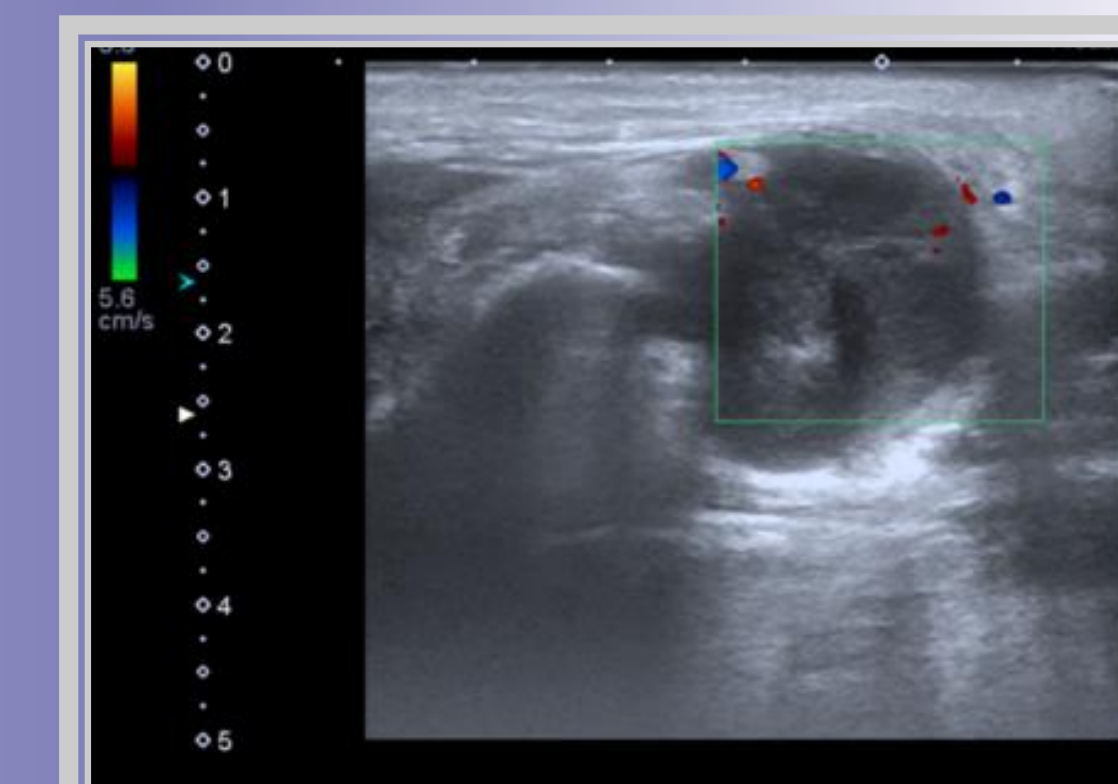
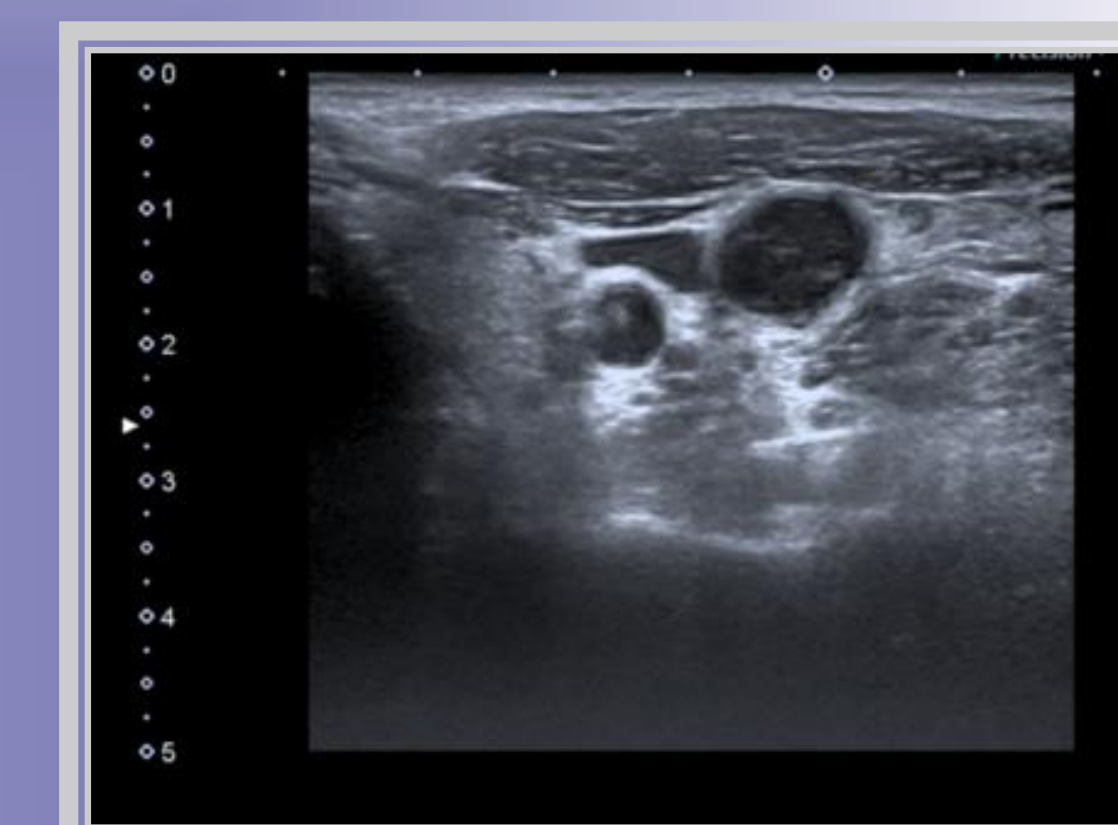
¿Es importante la coordinación interniveles?

Niño Camacho M, de la Yeza Ferrón I, Niño Cárdenas M, Galán Herrera RM

GRANA
NA
DA
2016
26-28 MAYO

XXIII
Congreso Nacional
de medicina general
y de familia

SEMG
Sociedad Española de Médicos
Generales y de Familia



Introducción

La tuberculosis (TB) es una enfermedad bacteriana crónica provocada por Mycobacterium tuberculosis y puede afectar a cualquier órgano. La TB extrapulmonar constituye el 25% del total de la TB, y la afectación ganglionar cervical constituye el 35%-50%. El objetivo es revisar las características clínicas

Descripción sucinta del caso

Paciente varón de 64 años con tumoración cervical en zona inframandibular derecha, con signos inflamatorios desde hace un mes, previo extracción de un molar, acompañado de síndrome constitucional.

Antecedentes Personales: ex fumador (30 años), no hábitos tóxicos ni patología de interés. No RAM. IQ de hernia umbilical. No tratamiento. AF: padre fallecido de Ca. Colon

Exploración física: palpación tumoración cervical derecha, dolorosa, fluctuante, caliente a nivel cervical inframandibular, adenopatía supraclavicular izquierda de pequeño tamaño, no adenopatías axilares ni inguinales, resto dentro de la normalidad.

Exploraciones complementarias: Rx de tórax, Hemograma, Estudio de coagulación, bioquímica VSG: 1º h 97, 2ºh 105, I.Katz 74.75, normal, PCR 10.78, marcadores tumorales y serología normales, ECG: Rs a 78 lpm, eje normal, q en II, III, aVL. Mantoux Negativo

Remitido a urgencias donde es valorado y por ORL de guardia. **Exploración Física:** se palpa tumoración submaxilar derecha de 5 cm de diámetro de consistencia semisólida, adherida, dolorosa, no rubefacción, adenopatía submentoniana móvil, inflamatoria, se punciona obteniendo material serohemático. Se realiza **TAC cervical con contraste:** Adenopatías en las localizaciones y con las características referidas. Sospecha de síndrome linfoproliferativo. **TAC de tórax y abdomen:** Múltiples adenopatías mediastínicas e hiliares bilaterales, en ligamento gastrohepático, hilio hepático, peripancreáticas, intercavaoárticas, periaórticas izquierdas y en íliaca común izquierda (algunas a nivel abdominal con centro necrótico). Hallazgos compatibles con síndrome linfoproliferativo, (diagnóstico diferencial con tuberculosis o adenopatías metastásicas de un tumor primario; adenopatías secundarias al linfoma no presentan necrosis en su interior).

ECO -PAAF con resultado: Tejido periganglionar y ganglio linfático: linfadenitis granulomatosa necrotizante (múltiples granulomas compuestos por células epiteloides y aisladas células gigantes multinucleadas de tipo Langhans con necrosis central) que sugieren un origen tuberculoso B.- Ganglio linfático: linfadenitis granulomatosa necrotizante de origen tuberculoso (técnica de Ziehl Neelsen se aprecian escasas estructuras bacilares compatibles con BAAR). Se ingresa en Medicina Interna confirmando juicios clínicos de Tuberculosis ganglionar

Estrategia práctica de actuación

En la valoración de nódulos linfáticos sospechosos hay que tener en cuenta tamaño, localización, extensión; y valorar el contexto clínico. Si tenemos diagnóstico definitivo: tratamiento, en otros realizaremos estudios complementarios que confirmen la sospecha diagnóstica. Si no llegamos a un diagnóstico y presenta buena situación clínica: seguimiento de la adenopatía unas 3 o 4 semanas. Si la sospecha de malignidad es alta o persiste, remitir al hospital.

Anamnesis: valorar antecedentes familiares, edad, exposiciones profesionales, contacto con animales, picadura de insectos, viajes a zonas de, tiempo de evolución, medicamentos, hábitos, origen tumoral, contacto con TBC y contactos sexuales; los síntomas asociados nos orientan hacia una patología.

Exploración física general: valorando las características de las adenopatías (tamaño, consistencia, movilidad, dolor, localización, esplenomegalia) y buscando las áreas ganglionares para saber si es localizada o generalizada, importante explorar el área otorrinolaringológica.

Pruebas complementarias: Cuando la etiología no está clara, recurrir a pruebas complementarias para confirmar o descartar la causa sugerida por la anamnesis y la exploración.

- **Iniciales:** Hemograma completo, fórmula leucocitaria y VSG, bioquímica. Serología vírica y bacteriana. Estudio inmunológico: proteinograma, FR, ANA y anti-DNA. Mantoux. Radiografía de tórax
- **Posteriores:** Ecografía, tomografía computarizada y resonancia magnética. El diagnóstico definitivo, en muchos casos, a través de un estudio histológico. Punción aspirativa por aguja fina o Biopsia excisional de la linfadenopatía (más efectiva para el diagnóstico).