

ADENOPATÍAS LATEROCERVICALES EN PACIENTE ADULTO JOVEN EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA. POSIBILIDADES DIAGNÓSTICAS.

De las Cuevas Allende R; Conde Díez S; Linio Mateos JM; Lendines Ramiro FJ; Fernández Barredo GM; González López M .
Gerencia Atención Primaria Santander-Laredo

Introducción:

En AP la causa más frecuente de adenopatía, es de origen infeccioso o reactivo. Una anamnesis exhaustiva asociada a una correcta exploración física y unas pruebas complementarias adecuadas permiten llegar a un diagnóstico en el 90% de los casos. La edad es el factor pronóstico más importante.

Descripción sucinta del caso:

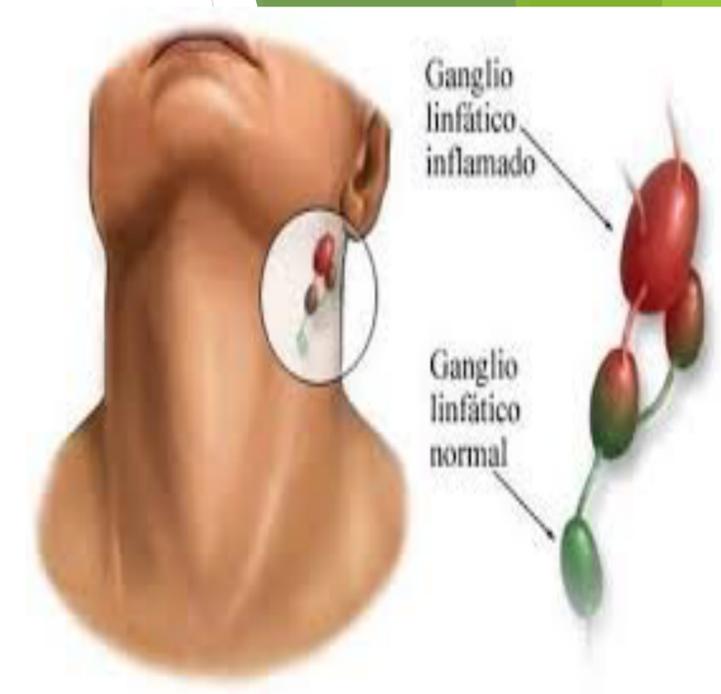
Paciente varón de 34 años que presenta lesiones nodulares de consistencia gomosa en la cadena laterocervical izquierda sugestivas de adenopatías. Refiere la aparición de las lesiones en la última semana con un aumento de tamaño progresivo hasta haber alcanzado un tamaño de hasta 1,5 cms. No refiere clínica general. Ausencia de fiebre, astenia, pérdida de peso, disfonía u otra sintomatología local. Ante dicha clínica se solicita una primera analítica general del paciente, incluyendo serología virica, y dado que presenta un buen estado general, sin otros síntomas acompañantes, no se pauta ningún tratamiento y se mantiene una actitud expectante y conservadora hasta el resultado de las pruebas analíticas. Una semana después, mantiene las mismas lesiones, con aumento de tamaño de alguna. Resto de cadenas ganglionares, axilares, eptocleares, supraclaviculares, normales. Analítica normal.

Estrategia práctica de actuación:

En primer lugar, desde nuestro ámbito de actuación, se pretende concretar la etiología infecciosa, inflamatoria, reactiva o neoplásica del proceso lo antes posible. Para ello se debe solicitar un analítica general urgente que incluya serología para toxoplasma, mononucleosis, hepatitis, VIH, sífilis, CMV, VEB, bartonella y una radiografía de tórax. Para estrechar el diagnóstico se debe establecer inteconsulta a especializada, para realizar un TAC de cuello que dada la edad, se podría ampliar a abdomen y pelvis. El proceso se debe completar con biopsia de las lesiones para estudio anatomopatológico, microbiológico, serológico e inmunofenotípico, manteniendo actitud expectante sin tratar.

Bibliografía y método empleado para la búsqueda bibliográfica:

1. Navas Almodovar MR, Riera Taboas L. Estudio de una linfadenopatía. Guías clínicas de Fisterra; 2006. Disponible en <http://www.Fisterra.com>
2. 1. Navas Almodovar MR, Riera Taboas L. Estudio de una linfadenopatía. Guías clínicas de Fisterra; 2006. Disponible en <http://www.Fisterra.com> 2 Henry PH, Longo DL. Linfadenopatía y esplenomegalia. En Fauci As, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J. (eds.). Harrison Principios de Medicina Interna (libro en internet) 17ª edición. Mac-Graw Hill.
3. 3.Pallares Robles J, Mata Cases M. Infecciones frecuentes en Atención Primaria. En Martin Zurro.



Palabras-clave empleadas en la búsqueda bibliográfica:
Adenopatía cervical, adulto joven, clínica estable, etiología