

Caso clínico

Adenopatías cervicales: ¿sospechosos habituales?

Beatriz Estalayo Gutiérrez, Verónica López García, Flor Pérez González

Centro de Salud José María Llanos

Varón de 49 años de edad, VIH positivo estadio B3, con buena adhesión y tolerancia al tratamiento antirretroviral.

Consulta por un bulto doloroso en el cuello, que se ha notado el día anterior. Se acompaña de distermia, tos no productiva y sudoración nocturna de 7 días de evolución.

Durante la exploración se objetiva una tumoración submandibular izquierda de unos 2 cm, dolorosa con la palpación, de consistencia firme y adherida a planos profundos. El resto de la exploración física es normal.

Se realiza exploración ecográfica del cuello. Se observan adenomegalias redondeadas e hipoeoicas en los espacios submandibular y pericarotídeo izquierdos (figuras 1 y 2). El bulto consultado corresponde a un ganglio submandibular izquierdo, de 2,24 cm de diámetro máximo, con bordes difusos y vascularización aumentada (figuras 3 y 4).

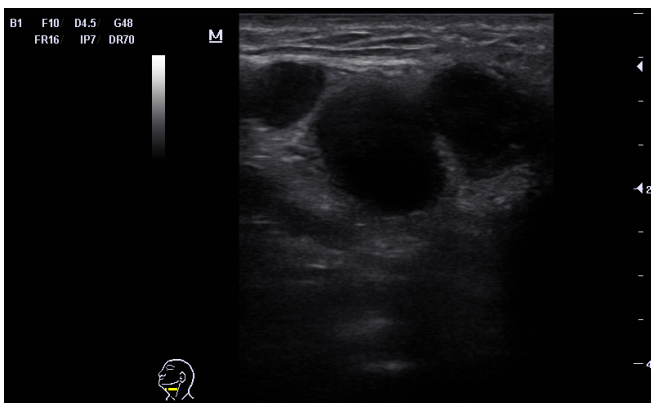


Figura 1.

Los hallazgos ecográficos sugieren ganglios anómalos que, unidos a la clínica y antecedentes del paciente, hacen sospechar dos entidades fundamentalmente: tuberculosis y linfoma.

Se remite al paciente al Servicio de Urgencias del hospital para valoración de pruebas complementarias.

Es ingresado en Medicina Interna donde se le realizan analíticas, radiografía de tórax, TAC cérvico-tóraco-abdo-

минаl, Mantoux, estudio de esputos y biopsia de la adenopatía submandibular palpable.

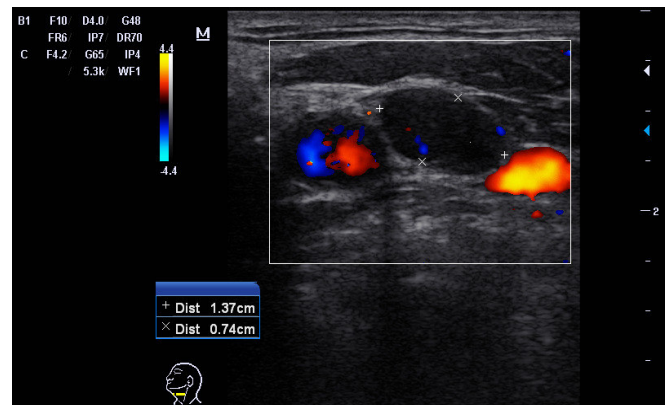


Figura 2.

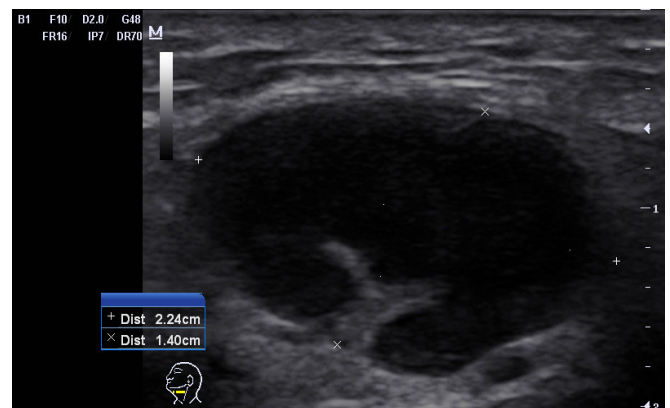


Figura 3.

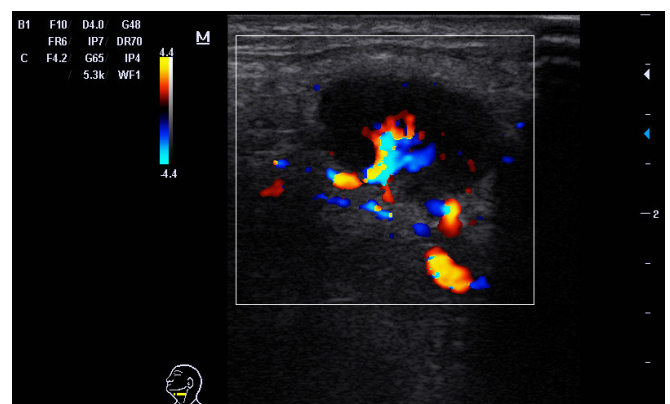


Figura 3.

El estudio histológico informa de la existencia de un linfoma de Hodgkin, forma clásica.

Actualmente el paciente está recibiendo quimioterapia y presenta remisión satisfactoria de sus síntomas.

COMENTARIO

La adenopatía se define como el aumento de tamaño o la alteración de la consistencia de los ganglios linfáticos por mecanismos de hiperplasia, en respuesta a un estímulo infeccioso, inmunológico o de infiltración por diferentes líneas celulares¹.

Las adenopatías cervicales son una consulta frecuente en el día a día del médico de familia. Suelen presentarse de forma localizada en el 75 % de los casos; su etiología maligna sólo representa el 1,1 % y su incidencia es mayor por encima de los 40 años^{1,2}.

Una anamnesis dirigida y una cuidadosa exploración física serán casi siempre un abordaje eficaz para orientar el diagnóstico. Las pruebas complementarias iniciales, como la analítica y la exploración ecográfica, permiten orientar el diagnóstico hasta en 90 % de los casos^{2,3}.

Los ganglios linfáticos normales suelen tener un tamaño menor de 1 cm de diámetro y tienden a ser mayores en adolescentes que más tarde en la vida. Un abordaje clínico útil es clasificar la adenopatía como localizada cuando solo afecta a una región (cuello o axila, por ejemplo), y como generalizada cuando compromete más de una^{1,2}.

La adenopatía puede estar producida por un amplio abanico de enfermedades (sobre todo infecciosas) y fármacos (penicilinas, cefalosporinas, fenitoína, captopril, atenolol, alopurinol, entre otras).

Su localización frecuentemente orienta hacia causas más específicas. Así, la adenopatía cervical suele deberse a una gran variedad de infecciones en la cabeza y el cuello o a algunas infecciones sistémicas, como el virus de Epstein-Barr (VEB), citomegalovirus o toxoplasmosis. Su localización posterior al músculo esternocleidomastoideo y anterior al trapecio hace más probable otras etiologías, como tuberculosis, linfoma o metástasis de un cáncer de cabeza o cuello^{1,2}.

Ante una adenopatía sospechosa se debe efectuar la prueba cutánea PPD y una analítica con VSG, hemograma, función hepática y renal, proteinograma, inmunoelectroforesis, LDH, beta-2-microglobulina, serologías infecciosas (mononucleosis, citomegalovirus, toxoplasma) y otras, según sospecha clínica (VIH, serología luética, Brucella, Salmonella, factor reumatoide, ANA, hormonas tiroideas). Se completa el estudio mediante radiografía de tórax y la ecografía cervical y abdominal. Los casos más complejos precisarán de una TAC cérvico-tóraco-abdominal y de una biopsia de la adenopatía que permita el diagnóstico definitivo¹⁻³.

La disponibilidad actual de ecógrafos en los centros de salud ha permitido que la ecografía sea una extensión inmediata de la propia exploración física. Se trata de una herramienta útil como método diagnóstico inicial en el estudio de adenopatías cervicales, sobre todo para discernir entre procesos benignos y malignos o sistémicos, así como para realizar un diagnóstico diferencial inicial con otras masas o tumores subcutáneos. La evaluación de los ganglios mediante ecografía incluye la determinación del tamaño, la forma, la ecogenicidad, los bordes y la vascularización^{4,5}. En general, los ganglios de tamaño

normal miden menos de 10 mm (en el eje corto), presentan forma ovalada (relación ancho/largo por debajo de 0,5), hilio ecogénico central y vascularización hilar central. Por el contrario, y aunque no existen características típicas de malignidad, son sugerentes de ello los ganglios linfáticos mayores de 10 mm, de forma redondeada (relación ancho/largo mayor de 0,5), muy hipocóicos, de márgenes irregulares, corteza engrosada y aumento de su vascularización. Otras características sospechosas son el *apelotonamiento* de varios de ellos, la infiltración de los tejidos de alrededor, los fenómenos de necrosis o las microcalcificaciones en su interior⁴.

La aplicación de la ecografía en masas cervicales permite además el diagnóstico diferencial con lipomas, quistes epidermoides, quistes branquiales, quiste tirogloso (localización central en el cuello), parotiditis, inflamación de la glándula submaxilar o submandibular y nódulos tiroideos⁵.

El linfoma de Hodgkin (LH) es un linfoma de células B caracterizado por una peculiar composición celular que incluye menos de 1 % de células neoplásicas (células Reed-Sternberg y sus variantes). Supone el 10 % de todos los linfomas y su incidencia cruda en la Unión Europea se estima en 2,2, con una mortalidad de 0,7 casos/100.000 habitantes y año. En nuestro medio presenta una distribución bi-modal, con un pico en jóvenes adultos (alrededor de los 20 años) y otro en edad más avanzada (alrededor de los 65 años)⁶.

Entre sus factores de riesgo destaca el contacto con el VEB, la inmunosupresión, los procesos autoinmunes y los antecedentes familiares de LH. Se divide en dos grandes subgrupos, a tenor de la apariencia e inmunofenotipo de sus células tumorales: forma clásica y forma nodular de predominio linfocítico.

El LH clásico se suele manifestar como una adenopatía periférica indolora, que afecta típicamente la región cervical. Puede acompañarse de síntomas constitucionales como fiebre, pérdida inexplicable de peso, sudoración nocturna y prurito generalizado. Su diagnóstico es histológico tras biopsia del tejido afectado. El diagnóstico diferencial debe realizarse con la forma nodular de predominio linfocítico y con ciertas presentaciones de linfomas no Hodgkin^{6,7}.

Con los tratamientos disponibles en la actualidad, la mayoría de los pacientes alcanzan la curación. Sin embargo, existen aún aspectos controvertidos acerca de cuál es la mejor estrategia de tratamiento que aúne la máxima eficacia curativa con la menor toxicidad derivada de la quimioterapia y la radioterapia que reciben estos pacientes⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ferrer RL, Aronson MD, Freedman AS, Sullivan DJ. Evaluation of peripheral lymphadenopathy in adults - UpToDate [Internet]. UpToDate. 2018 [cited 2018 Feb 27]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-peripheral-lymphadenopathy-in-adults>.
2. Piñero Fernández JC, Íñiguez Vázquez I, Ventura Valcárcel P, López Reboiro ML, Romay Lema EM. Guía clínica de estudio de una linfadenopatía [Internet]. Fisterra.com, Atención Pri-

- maria en la Red. 2016 [cited 2018 Feb 24]. Available from: <https://www.fisterra-com/guias-clinicas/estudio-linfadenopatia>.
3. Martín Zurro A. Trastornos hematológicos. En: *Atención primaria: problemas de salud en la consulta de medicina de familia*. 7ª edición. Barcelona: Elsevier 2014; cap 29, pág 730-54.
 4. Soni NJ. Ganglios linfáticos. En: *Ecografía a pie de cama*. Barcelona: Elsevier 2016; capítulo 33, pág 262-7.
 5. Rumack C. The pediatric head and neck. In: *Diagnostic ultrasound*. 5th edition. Barcelona: Elsevier 2017; chapter 48, pag 1628-71.
 6. Küppers R. Origin of Hodgkin Lymphoma. In: *Hematology: basic principles and practice*. 7th ed. Barcelona: Elsevier 2018; chapter 74, 1204-11.
 7. Hoppe RT, Advani RH, Ai WZ, Ambinder RF, Aoun P, Bello CM, et al. Hodgkin Lymphoma Version 1.2017, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw*. 2017;15:608-38.