



ID: 25-21

ADENOPATÍAS CERVICALES COMO PRIMER SIGNO DE CARCINOMA AMIGDALAR

*Autores: Manuel Hernández Larrea (MIR 4)¹, Elena Sanz Rodríguez (MIR 4)² y Susana Rodríguez Fernández (MF)¹
*Centro de trabajo: ¹CdeS San Fermín¹, ²CdeS Guayaba

MOTIVO CONSULTA Y ANTECEDENTES

CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Acude varón de 52 años por masa cervical de 2 meses de evolución que relaciona con cuadro catarral. Además, refiere molestias orofaríngeas, sin disfonía. A la anamnesis; no fiebre, síndrome constitucional ni otra sintomatología.

ANTECEDENTES: Exfumador (IPA 60 paquetes/año), hábito enólico activo (21 UU/semana)

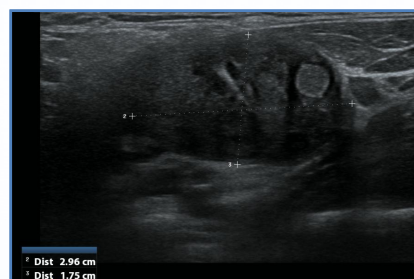
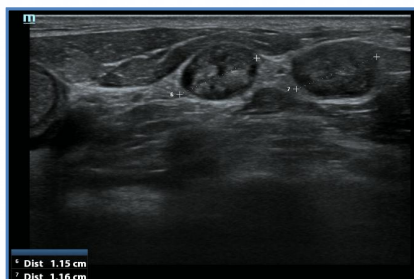
EXPLORACIÓN FÍSICA Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

EXPLORACIÓN FÍSICA CTES: Afebril. FC: 78lpm TA: 138/86 mmHg.

ACP: Sin alteraciones.

CyC: Adenopatías bilaterales. Mayor en Área II izquierda de 3x2cm, indurada, adherida a planos profundos, sin signos flogóticos ni alteraciones cutáneas. Resto de adenopatías, bilaterales en áreas III/IV, elásticas no adheridas. Además, adenopatía supraclavicular derecha, no adherida de 1cm.

ECOGRAFÍA: Adenopatías de carácter patológico en lado izquierdo, en localizaciones II, III, IV y V5. La mayor en II (30x17mm)



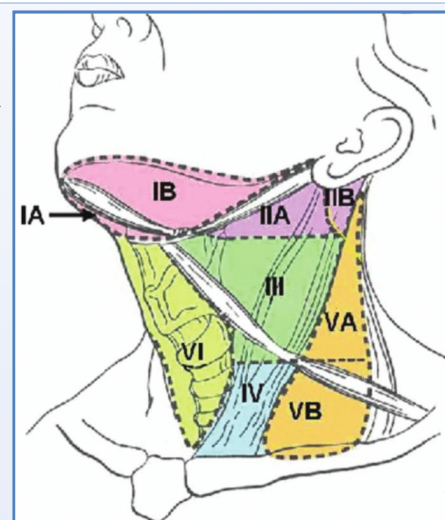
DIAGNÓSTICO: Carcinoma epidermoide amigdalar (T2N2bM0)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL (DD)

El DD inicial que nos planteamos fue: Adenopatías reactivas (causa más frecuente de adenopatías), Neoplasia de territorio ORL (AP de fumador y consumidor de OH), Neoplasia hematológica (a veces el primer signo son las adenopatías) y Enfermedades Autoinmunes (causa poco frecuente de adenopatías). Ante lo patológico de la exploración y los AP, nos decantamos por descartar inicialmente neoplasia de territorio ORL, realizando ecografía en el propio CdeS y derivación a ORL con sospecha de malignidad (SM).

CONCLUSIÓN

Las adenopatías son un motivo habitual de consulta. Una correcta anamnesis, junto a la exploración física y los antecedentes personales, nos da en la mayoría de las veces el diagnóstico definitivo. Una adenopatía dura, adherida a planos profundos y persistente en el tiempo, nos debe hacer saltar las alarmas para solicitar pruebas complementarias y descartar etiología maligna. Además, hay que tener en cuenta que un ganglio palpable en región supraclavicular siempre es patológico. Por último, para su descripción nos parece importante conocer los grupos ganglionares del cuello.



PALABRAS CLAVE: Linfoadenopatía; Ultrasonografía; Orofaringe.