

# CASO CLÍNICO 16/02/22

Patricia Hontoria Juez –R5 Medicina Interna

Dr. Jose Antonio Herrera Rubio - Médico Adjunta Medicina Interna

# MOTIVO DE CONSULTA

Mujer de 48 años que consulta por  
lesión nodular submandibular



# ANTECEDENTES PERSONALES (I)

- No AMC
- Trabajo como administrativa
- No hábitos tóxicos
- No antecedentes médico-quirúrgicos
- No tratamiento habitual
- No contacto con animales, toma leche higienizada, no otros datos epidemiológicos reseñables



# ENFERMEDAD ACTUAL

**Lesión nodular submandibular derecha indolora, de 6 semanas de evolución**

- ✓ No asociada a ningún otro síntoma local, tampoco disfagia, odinofagia o disfonía
  - ✓ No fiebre, no afectación del estado general, ni otros síntomas sistémicos

# EXPLORACIÓN FÍSICA

- La exploración física es normal salvo la **lesión** que motiva la consulta:
  - Indolora
  - Dura
  - No adherida a planos profundos

# PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (I)

- **Analítica:**
  - Bioquímica: normal
  - Hemograma y VSG: normal
  - Coagulación: normal
- **Serologías:** (VEB, CMV, VHB, VHC, VIH, Toxoplasma): Negativas
- **Rx tórax:** normal



# PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (II)

- Ecografía: Día 0
- Se exploran ambas cadenas laterocervicales, identificando ganglios milimétricos, de morfología y centro graso conservados, inespecíficos.
- Coincidiendo con el "bultoma" palpable referido por la paciente, justo por debajo del ángulo maxilar inferior derecho, se identifica una **adenopatía, hipoecoica**, sin centro graso reconocible, con eje corto aproximado de **9,2 mm**, en probable relación con **adenopatía reactiva**, sin embargo, dada la larga evolución que refiere la paciente **se recomienda valorar realización de PAAF** para estudio citológico.

Se comenta con la paciente los resultados analíticos y hallazgos ecográficos y, ante la ausencia de cualquier tipo de alarma, **se decide control ecográfico al mes**

# PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (III)

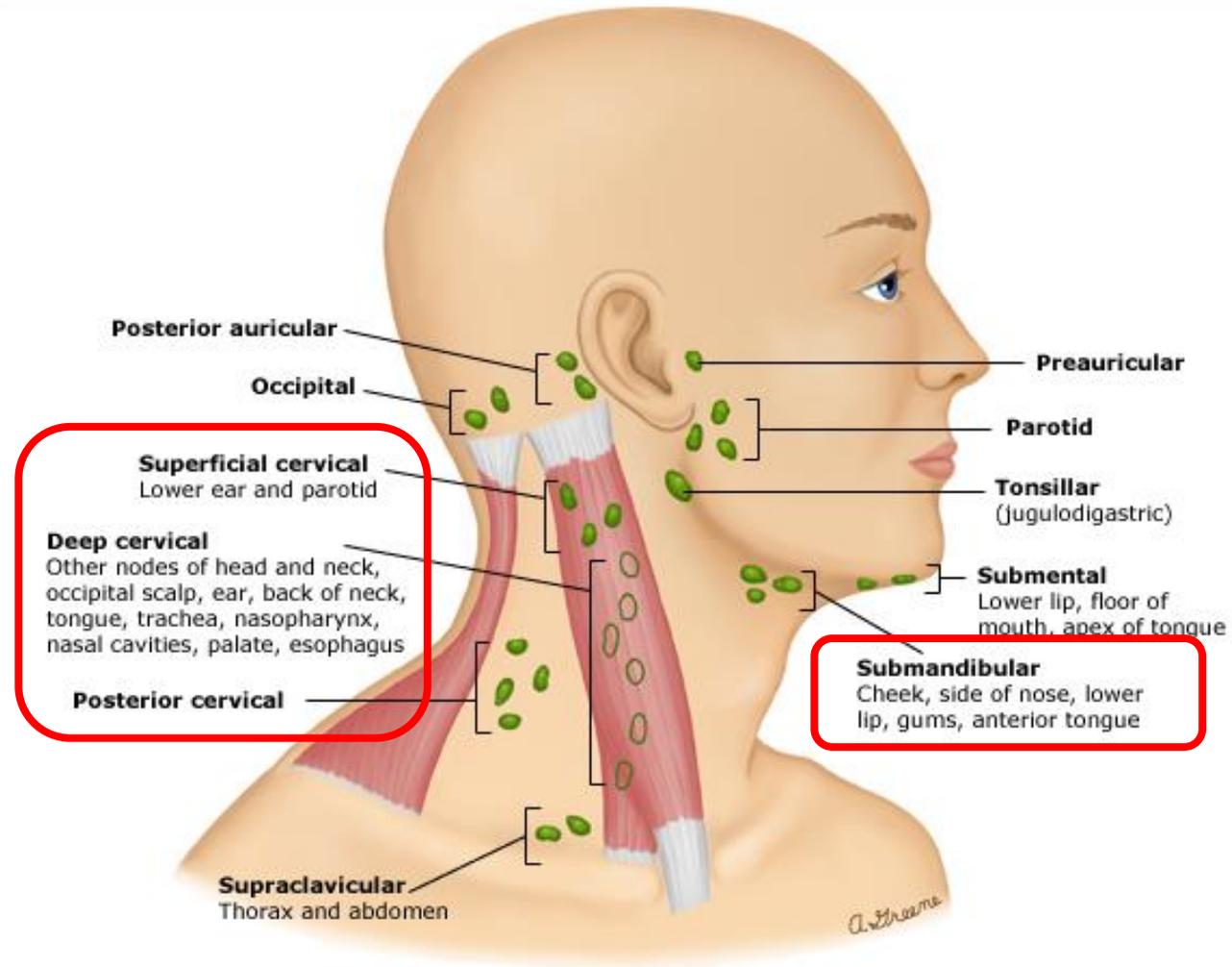
- Ecografía: Día 33
- Continúa observándose la **adenopatía** de morfología ovalada en la región **submaxilar derecha** en la que no se identifica centro graso ni hilio vascular pero con un diámetro de **7 mm** en su eje corto.
- La adenopatía tiene las **mismas características** que en el estudio ecográfico de mayo pero **se ha reducido ligeramente** de tamaño por lo que sigue siendo compatible con una **adenopatía reactiva**.
- No identifico otras adenopatías submaxilares ni laterocervicales. Glándulas submaxilares y tiroides sin alteraciones.

Ante la evolución de la enfermedad **se decide el alta**, dejando a criterio de la paciente **volver si notara aumento de tamaño o nuevas lesiones**

# PRUEBAS COMPLEMENTARIAS (IV)

- **Día 74:** La paciente llama porque subjetivamente cree que **la lesión ha crecido**, está preocupada, se lo ha pensado mejor, y solicita si no se le puede biopsiar la lesión como le dijeron el primer día.
- Sea
- **Ecografía y Biopsia guiada Día 77:**
- Se identifica la **adenopatía laterocervical derecha**, hipoeoica y avascular en el estudio Doppler color, sugestiva de **adenopatía abscesificada (12 mm** de eje corto).
- Ante la obtención de muy escasa cantidad de material con la **BAG** (2 cilindros fragmentados en formol), completo la punción con una **PAF** (extensión en cristales y lavado de aguja) y una **PAAF** (dos tubos con material líquido purulento), enviando las muestras a los laboratorios de **anatomía patológica y microbiología**.
- Procedimiento bien tolerado y sin incidencias. No identifico otras adenopatías ni alteraciones en el resto de la exploración laterocervical derecha.

## Lymph nodes of the head and neck



# DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

## Causes of peripheral lymphadenopathy\*

Cause	Examples
<b>Infections</b>	
Bacterial	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Localized</li> </ul>	Streptococcal pharyngitis; skin infections; tularemia; plague; cat scratch disease; diphtheria; chancroid; rat bite fever; early Lyme disease; early (primary) syphilis
<ul style="list-style-type: none"> <li>Generalized</li> </ul>	Brucellosis; leptospirosis; lymphogranuloma venereum; typhoid fever; secondary syphilis
Viral	Human immunodeficiency virus; Epstein-Barr virus; herpes simplex virus; cytomegalovirus; mumps; measles; rubella; hepatitis B; dengue fever
Mycobacterial	<i>Mycobacterium tuberculosis</i> ; atypical mycobacteria
Fungal	Histoplasmosis; coccidioidomycosis; cryptococcosis
Protozoal	Toxoplasmosis; leishmaniasis
<b>Cancer</b>	Squamous cell cancer of the head and neck; metastatic skin cancer (face and scalp); metastatic cancer from another site; lymphoma; leukemia
<b>Lymphoproliferative</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Angioimmunoblastic lymphadenopathy with dysproteinemia</li> <li>Autoimmune lymphoproliferative disease</li> <li>Rosai-Dorfman disease</li> <li>Hemophagocytic lymphohistiocytosis</li> </ul>
<b>Immunologic</b>	Serum sickness; drug reactions (phenytoin); IgG4-related disease
<b>Endocrine</b>	Primary adrenal insufficiency (Addison's disease)
<b>Miscellaneous</b>	Sarcoidosis; lipid storage diseases; amyloidosis; histiocytosis; chronic granulomatous diseases; Castleman disease; Kikuchi disease; Kawasaki disease; inflammatory pseudotumor; systemic lupus erythematosus; rheumatoid arthritis; Still's disease; dermatomyositis; eosinophilic granulomatosis with polyangiitis (Churg-Strauss)

IgG4: immunoglobulin G4.

\* NOTE: This is a partial list and is not meant to be all-inclusive.

# INFECCIONES – Linfadenitis tuberculosa

- Es una de las presentaciones más frecuentes de TBC extrapulmonar (cervical: escrófula)
- Reactivación
- La presentación más común es la **linfadenopatía indolora crónica aislada (unilateral)**
- **Los síntomas sistémicos no son comunes**
- La linfadenitis cervical tuberculosa puede complicarse con ulceración, fístula o **abscesos**
- Diagnóstico: examen histopatológico del material ganglionar, junto con BAAR, PCR y cultivo

# INFECCIONES – Enfermedad por arañazo de gato

- Suele presentarse con **adenopatías submandibulares** y/o preauriculares (**linfadenopatía regional autolimitada**)
- **Exposición a los gatos**
- **Ausencia de lesiones cutáneas**
- La **linfadenopatía suele ser bastante dolorosa** y se acompaña de **fiebre y malestar generalizado**

# INFECCIONES -Tularemia

- Causada por *Francisella tularensis*
- La transmisión a través de conejos es más conocida, pero también puede ser transmitida por garrapatas o agua contaminada
- **Tularemia glandular**: puede presentarse como una **adenopatía local dolorosa**, puede afectar a **uno** o varios ganglios, en ausencia de una lesión cutánea identificable
- La **supuración** de los ganglios linfáticos afectados es una complicación relativamente común
- Los **síntomas sistémicos** de fiebre, escalofríos, fatiga y dolor de cabeza **son comunes**

# INFECCIONES -Actinomicosis

- Se presenta en la **región submandibular**
- Puede estar asociada con procedimientos dentales
- A menudo, la masa es **indolora** y fluctuante
- La confirmación del diagnóstico requiere biopsia (granulomas con gránulos de azufre)

# NEOPLASIAS: linfoma

- > 40 años
- Adenopatía indolora, dura
- Ausencia de síntomas B
- No otros ganglios afectados

# NEOPLASIAS: metástasis de tumor sólido CyC

- Joven (48 años)
- No hábitos tóxicos
- No síndrome general, no otros síntomas asociados
- Adenopatía dura, pero no adherida a planos profundos

# INFLAMATORIAS: enfermedad de Kikuchi

- Mujeres jóvenes (Asia)
- Afección rara y benigna de causa desconocida que generalmente se caracteriza por **linfadenopatía cervical** y **fiebre**
- Se acompaña de otros síntomas sistémicos (malestar general, artromialgias, pérdida de peso, sudores nocturnos)
- Dx: biopsia ganglio: focos paracorticales a menudo con necrosis y un infiltrado celular histiocítico

# Impresión diagnóstica



Linfadenitis tuberculosa (TBC ganglionar)

Linfoma

# Pruebas a pedir...

- Esperaría al resultado de la biopsia: Anatomía Patológica como Microbiología
- Analítica: IFN-TB
- Serologías: *Brucella*, *Bartonella henselae*, *Francisella tularensis*
- TC tóraco-abdomino-pélvico



# Bibliografía

- [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com) *“Evaluación de adenopatías periféricas en adultos”, “Linfadenitis tuberculosa”, “Tularemia: manifestaciones clínicas, diagnóstico, tratamiento y prevención”, “Microbiología, epidemiología, manifestaciones clínicas y diagnóstico de la enfermedad por arañazo de gato”, “Enfermedad de Kikuchi”*
- Diagnóstico y tratamiento médico (DTM). Marbán. 2011.



¡Muchas gracias!

**Sesión Clínica**  
**16 de Febrero de 2022**

**“Adenopatía Recurrente”**

**Dra. Patricia Hontoria Juez**  
**José A. Herrera Rubio**

**Servicio de Medicina Interna**  
**Complejo Asistencial Universitario de León**  
**SACYL**

**Día 0** se identifica una adenopatía, hipoecoica, sin centro graso reconocible, con eje corto aproximado de 9,2 mm, en probable relación con adenopatía reactiva

**Día 33** Continúa observándose la adenopatía de morfología ovalada en la región submaxilar derecha en la que no se identifica centro graso ni hilio vascular pero con un diámetro de 7 mm en su eje corto. La adenopatía tiene las mismas características que en el estudio ecográfico de mayo pero se ha reducido ligeramente de tamaño por lo que sigue siendo compatible con una adenopatía reactiva

**Día 77** Se identifica la adenopatía laterocervical derecha, hipoecoica y avascular en el estudio Doppler color, sugestiva de adenopatía abscesificada.(12 mm de eje corto).

**PAAF / Trucut** Frotis con abundante celularidad compuesta por escamas córneas y células escamosas con núcleos pequeños e hipercromáticos y citoplasmas laxos. No se observan células atípicas.  
PUNCIÓN DE ADENOPATÍA LATERO-CERVICAL DERECHA (PAAF)  
CON CONTROL ECOGRÁFICO: - NEGATIVA PARA MALIGNIDAD. - QUISTE BRANQUIAL. - NO SE OBSERVA CELULARIDAD DE GANGLIO LINFÁTICO.





## Día 95

### TC DE CUELLO CON CONTRASTE IV:

Persiste nodulación laterocervical derecha, en espacio submandibular, adyacente a borde anteromedial del músculo esternocleidomastoideo con impronta sobre el mismo, de aproximadamente **1,2 x 1 x 2,4 cm** de ejes anteroposterior, trasverso y longitudinal. Se trata de un nódulo **hipodenso**, aunque de densidad no líquida en este estudio, rodeado por una  **fina cápsula que capta ligeramente contraste**. La lesión sugiere **quiste del 2º arco branquial**, diagnóstico diferencial adenopatía necrótica. No se identifican adenopatías cervicales de aspecto patológico.

## Quiste del Segundo Arco Branquial

- Los quistes branquiales son la segunda causa de quistes cervicales congénitos, siendo el más frecuente el tirogloso (75%), De entre los branquiales el del segundo arco supone un 90-95%
- Causa, defecto en el cierre de las bolsas branquiales durante la cuarta semana de la embriogénesis
- Pueden aparecer en cualquier momento de la vida
- Producen clínica secundaria al aumento de volumen por secrecciones y /o infección
- Tratamiento Quirúrgico
- Seguimiento prolongado porque recidivan con frecuencia