



## 1728 - ESTUDIO DE ADENOPATÍAS POR HOSPITAL DE DÍA DE MEDICINA INTERNA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

*E. Lozano Peralta, C.Y. Ramírez Blanco, A. Anoceto Martínez, A. Puente Fernández, M.E. Arkuch Saade, M. Serrano Fuentes, J. Arencibia Borrego y A. Conde Martel*

*Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.*

### Resumen

**Objetivos:** Analizar la epidemiología, circuitos de derivación y los resultados del estudio de adenopatías por parte de nuestro Hospital de día de Medicina Interna.

**Métodos:** Se trata de un análisis retrospectivo donde se incluyeron a los pacientes derivados para estudio de adenopatías por HDMI durante el período 2018-2021. Se recogieron las características basales de los pacientes, pruebas necesarias para su estudio y diagnósticos finales.

**Resultados:** Se incluyeron 74 pacientes derivados a HDMI, con edad media 58 años  $\pm$  15,5 y predominio de varones (58%). El 74,3% de las adenopatías fueron enviadas desde un servicio de primera valoración: atención primaria (40%) y urgencias (34,3%). Se llegó a diagnóstico final con anatomía patológica mediante ecografía *trucuth* en el 77%. Precisaron estudio con tomografía computarizada el 93,2% de los pacientes y PET en el 40,1%. El diagnóstico final de neoplasia fue del 65%, siendo la mitad de etiología hematológica (linfoma no Hodgkin 39,2% y linfoma de Hodgkin 8,2% del total) con respecto al resto de neoplasias. El diagnóstico final de malignidad no se asoció con la edad (rango de menores de 35 años 71% vs. mayores de 35 años 67%  $p = 0,913$ ), el antecedente de tabaquismo (no fumadores 70,2% vs. fumadores 58,3%  $p = 0,611$ ) o enolismo (no bebedor 66% vs. bebedor 63%  $p = 0,496$ ). Analíticamente las alteraciones en: perfil hepático, proteinograma, proteínas totales, albúmina o velocidad de sedimentación globular, así como los marcadores tumorales (beta 2 microglobulina, antígeno carcinoembrionario, antígeno carbohidratado 12,5, alfa feto proteína y CYFRA 21,1) no se asociaron con diagnóstico de neoplasia. Si se asociaron significativamente la proteína C reactiva (media 26 vs. 36 mg/dL  $p = 0,042$ ), lactato deshidrogenasa (media 27 vs. 37 mg/dL  $p = 0,047$ ) y ferritina (media de 22 vs. 32 mg/dL  $p = 0,024$ ) con diagnóstico maligno.

**Discusión:** Como se remarca en la literatura, es fundamental el diagnóstico anatomopatológico para el estudio de adenopatías, al igual que como presentamos en nuestra serie. La optimización de pruebas y descarga de otros servicios de primera valoración mediante circuito de hospital de día de medicina Interna es clave para tener resultados rápidos y fiables en un hallazgo cuya causa predominante es la malignidad. Resulta interesante la ausencia de antecedentes personales y la no asociación con el tabaquismo y el enolismo, además de la falta de asociación con los marcadores tumorales que utilizamos de rutina durante el estudio en la clínica diaria.

*Conclusiones:* El principal emisor de consulta para estudio fue servicio de primera valoración, sobre todo urgencias hospitalarias y atención primaria. Predominaron los varones y los escasos antecedentes personales. Fue clave el diagnóstico anatomopatológico mediante ecografía *trucuth* y de imagen por tomografía. En el estudio de adenopatías predominó el diagnóstico de malignidad, siendo la mitad de ellas de origen hematológico; sin asociarse a estas ningún marcador tumoral de los solicitados ni tampoco el proteinograma alterado. Sin embargo si existió asociación estadística con parámetros como la lactato deshidrogenasa, la proteína C reactiva y la ferritina.

## **Bibliografía**

1. Kovaleva LG, et al. Identifikatsiia i differentsiatsiia nespetsificheskikh limfadenopatí v poliklinicheskikh usloviakh [Identification and differentiation of nonspecific lymphadenopathies in the polyclinic]. Ter Arkh. 1987;59(10):100-3.