



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.