



<https://www.revclinesp.es>

820 - EL RETO DIAGNÓSTICO DE LAS ADENOPATÍAS: EL LINFOMA ESCAPA A LA PAAF

Virginia A. Isern Fernández, Eleni Patera, Carlos E. Sabbagh Fajardo, María Carolina Davila Solano, Vesna Merdzanovska, Caridad Nzo Madja, Pedro M. Pereira Fernandes y Lourdes Ferrer Ruscalleda

Medicina Interna, Hospital Dos de Maig, Barcelona, España.

Resumen

Objetivos: Describir las características clínicas, epidemiológicas y diagnósticas de los pacientes derivados a una UDR de Medicina Interna para estudio de adenopatías.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes derivados a una UDR de un hospital de segundo nivel entre abril de 2023 y abril de 2025. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos, analíticos, de imagen y anatomo-patológicos, incluyendo el rendimiento diagnóstico de las distintas exploraciones.

Resultados: Se incluyeron 35 pacientes, 17 hombres (48,6%) y 18 mujeres (51,4%), con una edad media de 53 años (rango 16-88). El 80% eran de origen europeo, 5 sudamericanos, 1 de etnia china y 1 de Medio Oriente. La mayoría fueron derivados desde Atención Primaria (62,9%). El 68,6% presentaba adenopatías de > 8 semanas de evolución y, en este grupo, un 70% fue diagnosticado de neoplasia. Las localizaciones fueron: cervical (74,2%), inguinal (28,5%), axilar (20%), supraclavicular (20%), occipital (5,7%), presentando un tercio de los pacientes adenopatías generalizadas. Un 40% estaban asintomáticos, 20% presentó síntomas constitucionales, 20% clínica de infección respiratoria, ORL o de partes blandas y un 11,4% síndrome tóxico o síntomas B. En los 2 pacientes con síntomas B el diagnóstico fue LH (Linfoma de Hodgkin). El tiempo medio hasta el diagnóstico fue 32 días. Solo un paciente requirió ingreso por una sepsis no relacionada con la afectación adenopática. La historia clínica y las pruebas de imagen fueron las herramientas más discriminativas para la orientación diagnóstica, mientras que ninguna variable analítica fue determinante, siendo lo más frecuente la elevación de reactantes de fase aguda (45%). A nivel clínico-epidemiológico, 5 pacientes eran HSH, 2 de ellos con adenopatías inguinales secundarias a una ETS por conductas sexuales de riesgo; 3 pacientes con patología reumatólogica e inmunosupresión presentaron adenopatías generalizadas, 2 por hiperplasia reactiva (confirmada por BAG) y 1 por infección tuberculosa diseminada en contexto de glucocorticoides; 2 pacientes eran VIH+ y fueron diagnosticados de linfoma; 1 paciente de etnia china se diagnosticó de carcinoma nasofaríngeo EBV+. La prueba de imagen más realizada fue el TC (74,3%), seguida de Rx (62,9%), Ecografía (62,9%) y PET (54,1%). En 23 pacientes (65,7%) se realizó estudio histológico (12 PAAF, 14 BAG, 7 adenectomías). 4 PAAF no fueron útiles para el diagnóstico: 1 por muestra insuficiente y 3 por resultado de hiperplasia reactiva, siendo el diagnóstico final linfoma tras BAG o adenectomía posterior. Los diagnósticos fueron: 69,6% neoplasia, 26,1% hiperplasia reactiva y 4,3% infección tuberculosa. Entre las neoplasias se diagnosticaron 7 LNH (47,3%), 5 carcinomas (31,3%), 3 LH (18,7%) y 1 sarcoma (6,3%).

Conclusiones: El estudio de adenopatías supone un reto diagnóstico que requiere un abordaje multidisciplinar. La historia clínica es una herramienta clave en la orientación diagnóstica inicial. Las adenopatías persistentes son un indicio frecuente de malignidad. La PAAF tiene un rendimiento subóptimo e implica un retraso para el diagnóstico de linfoma, siendo la BAG o la adenectomía de elección. Las UDR permiten estudiar a los pacientes con adenopatías de forma eficiente, con tiempos de respuesta adecuados y escasa hospitalización.