



V-248. - RENTABILIDAD DE LA PUNCIÓN-ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA EN EL ESTUDIO DE LAS ADENOPATÍAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MORALES MESEGUER (MURCIA)

R. Mesequer Noguera¹, M. Martín Cascón¹, M. Herranz Marín¹, M. Hernández Vidal¹, C. Trasancos Escura¹, J. Pagán Escribano¹, A. Chaves Benito², F. Herrero Huerta¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital J.M. Morales Mesequer. Murcia.

Resumen

Objetivos: Conocer la rentabilidad diagnóstica de la punción-aspiración con aguja fina (PAAF) en el estudio de las adenopatías en nuestro hospital.

Métodos: Estudio retrospectivo de todas las PAAF ganglionares realizadas durante 2 años consecutivos en el Hospital General Universitario J.M. Morales Mesequer de Murcia (enero de 2011 a diciembre de 2012).

Resultados: 233 PAAF: 25,2% hombres y 74,4% mujeres, edad media $51,76 \pm 18,3$ años. Localización más frecuente de las adenopatías: axilar en 109 casos (46,6%) y cervical en 78 (33,3%). Diagnósticos: 74 metástasis de carcinoma (31,8%, edad media $57,0 \pm 16,4$), 5 linfomas (2,1%, $57,4 \pm 18,4$ años), 15 adenopatías reactivas (6,4%, $30,7 \pm 12,3$ años), 116 normales (49,8%, $51,3 \pm 18,0$ años) y 23 casos con muestra insuficiente o no adecuada paradiagnóstico (9,9%, $49,6 \pm 19,2$ años). De los 139 casos con PAAF negativas o no diagnósticas, se realizaron 44 biopsias con aguja gruesa (BAG) y 37 exéresis quirúrgicas. La BAG diagnosticó 2 metástasis con PAAF previa normal y 1 linfoma con PAAF no diagnóstica. La exéresis quirúrgica descubrió 11 metástasis con PAAF previa normal. La sensibilidad de la PAAF para enfermedad maligna fue del 85,8%. Considerando solo las adenopatías sin tumor conocido, encontramos 78 pacientes (31 varones y 47 mujeres, edad media $46,04 \pm 19,95$). En este supuesto la localización más frecuente fue cervical con 46 casos (59%), seguida por la axilar con 10 casos (12,8%). Diagnósticos: 9 metástasis (11,5%), 2 linfomas (2,6%), 13 reactivas (16,7%), 40 normales (51,3%) y 14 con muestra insuficiente o no adecuada (17,9%). Se realizó BAG en 18 casos de PAAF no diagnósticas o negativas: todas las PAAF negativas fueron negativas en la BAG y en 1 paciente con muestra insuficiente se descubrió un linfoma. Otros 3 pacientes con muestra insuficiente en la PAAF fueron sometidos a exéresis quirúrgica, encontrando 2 metástasis. La sensibilidad para las adenopatías de origen desconocido fue del 88,8%. Las adenopatías reactivas fueron más frecuentes en jóvenes ($p < 0,001$). Por grupos de edad, en el 26,7% de los pacientes > 50 años con adenopatías de origen desconocido encontramos una etiología maligna, frente al 6,3% en los pacientes con edad ≤ 50 años ($p = 0,029$).

Discusión: Las adenopatías son un motivo de consulta frecuente en los Servicios de Medicina Interna. La cuestión clave para el médico es determinar cuándo una adenopatía puede obedecer a enfermedades malignas o sistémicas y qué técnica diagnóstica emplear en estos casos para llegar al

diagnóstico sin demora. La PAAF ganglionar es una técnica sencilla y poco molesta con demostrada rentabilidad en el diagnóstico de metástasis de carcinomas. Sin embargo, existe controversia respecto a su utilidad en casos de enfermedad primaria de los ganglios. En una revisión sistemática publicada en 2012 con un total de 1.267 pacientes, la PAAF comparada con la biopsia mostró una sensibilidad del 97% para el diagnóstico de una lesión de malignidad. En nuestro estudio encontramos una sensibilidad inferior a la referida. Una limitación importante es que la muestra no fue adecuada o insuficiente para el diagnóstico en el 10% de los casos.

Conclusiones: (1) El 14,1% de las adenopatías de origen desconocido fueron metástasis y el 3,8% linfomas. (2) La biopsia evidenció una etiología maligna en el 9,3% de las PAAF no diagnóstica. (3) Los pacientes más jóvenes tienen más probabilidad de tener una adenopatía reactiva, y la edad > 50 se asocia significativamente con adenopatías malignas. (4) La PAAF es un método mínimamente invasivo pero con limitaciones por falta de sensibilidad. En casos con estudio anatomopatológico equivoco o con resultado negativo y clínica sugerente de malignidad, debería realizarse una biopsia para establecer el diagnóstico definitivo.