



V-152 - RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA BIOPSIA GANGLIONAR

M. Herrero García, J. Constán Rodríguez, J. Osuna Sánchez, S. Fernández Sepúlveda, J. Molina Campos, F. Rodríguez Díaz, M. Navarrete de Gálvez, P. Cabrera García

Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de la Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga).

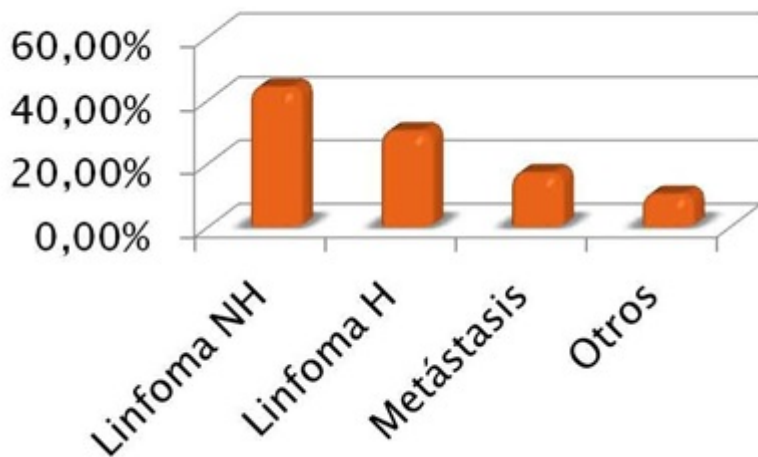
Resumen

Objetivos: Analizar pacientes a los que se les realizó una biopsia ganglionar por diferente sintomatología, atendiendo a sexo, edad, comorbilidades, factores de riesgo y localización de la adenopatía. Para determinar su rentabilidad diagnóstica en función de la localización, tamaño y muestra obtenida.

Métodos: Se trata de un análisis retrospectivo y descriptivo de pacientes con adenopatías ingresados en nuestro servicio y procedente de consultas (ORL, hematología, cirugía, etc.) entre los años 2008 y 2013 a los que se les iba a realizar una biopsia ganglionar, analizando informes de alta de nuestro servicio, informes de consulta de otros servicios y diagnósticos de anatomía patológica. Hemos analizado variables demográficas y clínicas, cualitativas y cuantitativas. Reflejando los datos en porcentajes, medias y medianas, utilizando como programa estadístico el R commander.

Resultados: Se recogieron un total de 65 biopsias ganglionares (descartando la patología mamaria), de las cuales 38 fueron realizadas en hombres y 27 en mujeres. La media de edad fue de 56 años. El rango de edad variaba desde los 15 a los 86 años. La localización predominante de las adenopatías periféricas fue: cervical en un 23,1%, seguida por la inguinal en un 13,8%, axilares en un 10,8% y supraclaviculares en un 4,6%. En un 47,7% de los casos había adenopatías generalizadas. De las biopsias que se analizaron un 78,5% fueron diagnósticas, y un 21,5% no proporcionaron un diagnóstico claro o no fueron diagnósticas por lo que en muchos casos hubo que repetir el procedimiento.

Discusión: En nuestro estudio la rentabilidad diagnóstica de la biopsia ganglionar tiene un porcentaje diagnóstico de un 78,5%. Aunque existe baja frecuencia de malignidad, en nuestro caso un 90% fueron diagnósticas de malignidad. En otras series, más de 2/3 de los pacientes tienen causas no específicas, reactivas o infecciosas virales o bacterianas; sin embargo en nuestro estudio sólo un 10% correspondieron a este grupo. Se han propuesto criterios clínicos que predicen la realización de biopsia ganglionar, así para pacientes jóvenes la presencia de adenopatía mayor de 2 cm, radiografía de tórax alterada y/o presencia de síntomas de la esfera ORL. En mayores de 40 años la localización supraclavicular, consistencia dura y/o prurito generalizado determinan la necesidad de realizar la prueba, sobre otros procedimientos más agresivos.



Conclusiones: En nuestros pacientes las adenopatías fueron manifestaciones de diversas patologías siendo las más frecuentes los linfomas. Se expresaron en multitud de localizaciones, en ambos sexos y en todas las edades. La biopsia ganglionar es obligada, aunque sus indicaciones son imprecisas. Debe realizarse en los pacientes con historia y exploración sugestiva de malignidad.