



## V-240 - LINFADENITIS GRANULOMATOSA, DIFERENCIAS CLÍNICAS Y EN PRUEBAS COMPLEMENTARIAS DE LOS DISTINTOS DIAGNÓSTICOS FINALES

P. González de la Aleja, M. García Navarro, A. Sempere Mira, M. Menchi, R. Sánchez Martínez, J. Ramos Rincón, J. Cama y J. Portilla

Medicina Interna. Hospital General Universitario de Alicante.

### Resumen

**Objetivos:** Con este estudio pretendemos evaluar la complejidad en el diagnóstico de aquellas linfadenopatías catalogadas por anatomía patológica (AP) de linfadenitis granulomatosa. Objetivar cuales son las patologías más prevalentes que se asocian con estos hallazgos y los indicadores clínicos y de pruebas complementarias que nos pueden guiar al diagnóstico.

**Material y métodos:** Realizamos un estudio de cohortes retrospectivo de aquellos pacientes con diagnóstico por AP de ganglio linfático, catalogados como linfadenitis granulomatosa, escogiendo solo aquellos en los que se llegó al diagnóstico. Recogimos todas las biopsias de ganglio linfático de nuestro hospital de enero del 2010 a enero del 2017, objetivando un total de 49 biopsias con diagnóstico de linfadenitis granulomatosa (necrotizante o no). Hemos realizado un análisis estadístico con el programa SPSS de las diferencias clínicas, analíticas y de otras pruebas complementarias de cada muestra, correlacionando los resultados con el diagnóstico final del paciente.

**Resultados:** Hemos valorado un total de 49 biopsias con diagnóstico de linfadenitis granulomatosa (necrotizante o no). La mayoría fueron mujeres (61,2%), con una edad media de 46,5 años (DE  $\pm$  22,5). Las muestras fueron catalogadas de linfadenitis granulomatosa sin precisar presencia de necrosis en un 28,6%, necrotizantes 30,6% y no necrotizantes (40,8%). La mayoría de los pacientes eran de origen español (77,6%) y el resto de otras nacionalidades, destacando un 12,2% de origen marroquí. El diagnóstico definitivo fue por BAG (biopsia de aguja gruesa) en la mayoría de los pacientes (59,2%) precisando un 24,5% la exéresis del ganglio para el diagnóstico definitivo. El diagnóstico final más frecuente fue la sarcoidosis (28,6%) seguido de la TBC (20,4%) y el linfoma (16,3%). La localización más frecuente para la toma de muestra fue la cervical (30,6%) seguida de la mediastínica (28,6%). No existieron diferencias en cuanto a la sintomatología (fiebre, síndrome constitucional, dolor) y el diagnóstico definitivo. Tampoco se objetivaron diferencias en los reactantes de fase aguda y el diagnóstico final del paciente. En cuanto al Mantoux, se objetivaron diferencias significativas ( $p = 0,024$ ), siendo este positivo en 6 de los 10 paciente diagnosticados de TBC, destacando aún más su valorar predictivo negativo (el 93,8% de los Mantoux negativos fue en pacientes sin TBC). La ECA (enzima convertidora de angiotensina) estuvo elevada en el 81,9% de los pacientes diagnosticados de sarcoidosis ( $p < 0,01$ ). La localización mediastínica de las adenopatías sugiere sarcoidosis, siendo este el diagnóstico final del 78,7% de las adenopatías mediastínicas. Se

observan diferencias en cuanto al diagnóstico de sarcoidosis y el tipo de linfadenitis, siendo más frecuente la linfadenitis no necrotizantes (p 0,023). No ocurre lo mismo en el diagnóstico de TBC, únicamente un 50% de las muestras habían sido catalogadas de linfadenitis necrotizante.

*Discusión:* Es importante realizar un buen diagnóstico de este tipo de linfadenopatías, ya que aunque los diagnósticos más frecuentes son la TBC o la sarcoidosis, no podemos olvidar aquellos en los que finalmente se diagnostica un linfoma. En aquellos pacientes sin diagnóstico definitivo, debemos hacer un seguimiento estrecho.

*Conclusiones:* No podemos únicamente guiarnos por la clínica y los reactantes para diagnosticar a estos pacientes. Hay que tener muy presente la necesidad de realizar ECA y Mantoux a todos los pacientes con esta anatomía patológica ya que nos puede guiar en el diagnóstico. No olvidar que la localización mediastínica y en hilio pulmonar, no orienta a un diagnóstico de sarcoidosis.