Rev Clin Esp. 2024;224(Supl 1):S128

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

739 - UNIDAD DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO-ADENOPATÍAS: ETIOLOGÍA Y CRITERIOS DE RIESGO

Alejandra Franquet López-Mosteiro, Julia Urpí Tosar, Mariano Pascual Aranda, Eloy García Vives, Ariadna Brase Arnau, Jaime Rodríguez Morera, María Lourdes Cos Esquius y Xavier Nogués Solan

Hospital del Mar, Barcelona, España.

Resumen

Objetivos: Las linfadenopatías son una manifestación frecuente en múltiples patologías, pudiendo ser el primer y único signo de enfermedad maligna. Desde la Unidad de Diagnóstico Rápido (UDR) se estudian y describen características de los pacientes evaluados para establecer patrones sugestivos de malignidad, pudiendo así realizar un diagnóstico precoz y evitando estudios innecesarios en casos de bajo riesgo.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo unicéntrico que incluye pacientes ? 18 años derivados a UDR entre 01/2017-12/2022 por adenomegalias evidenciadas clínicamente o en prueba de imagen como hallazgo incidental. Las variables categóricas se expresaron como porcentajes y las continuas mediante mediana y IQR. Se valoraron características clínicas, analíticas y epidemiológicas, expresándose mediante porcentaje en el caso de las variables categóricas y mediante mediana e IQR en las continuas, comparándose entre los distintos grupos mediante la prueba t de Student. Las variables independientes con significación estadística (p 0,05) se incluyeron en el modelo de regresión logística multivariado. La junta de revisión institucional del hospital [2023/10724] aprobó el estudio según la Declaración de Helsinki. Debido a las características retrospectivas del estudio, no se requirió consentimiento informado.

Resultados: Se incluyeron 485 pacientes (50,5% mujeres) mayoritariamente de origen caucásico (71,1%) con una mediana de edad de 46 años y derivados principalmente desde atención primaria (79%), con una demora hasta la visita de 11 días. La evolución de las adenopatías fue de 65 días y el tamaño, de 20 mm, siendo lo principal localización la laterocervical (48%), seguido de supraclavicular (18,6%), inguinal (17,9%) y submandibular (17,1%). Se realizó ecografía al 79,6%, siendo patológica en un 53,4%, y TC al 33,4% con hallazgos patológicos en un 77,8%. La PAAF se realizó en el 30,1% de los casos, BAG en el 21% y escisión nodal en el 10,7%. Se consideró etiología maligna en un 20,8% de casos requiriendo 26,5 días para el diagnóstico histológico y 47 para la valoración oncológica. La principal etiología maligna fue la hematológica (63,4%), principalmente LDCG (32,8%), LH (21,9%) y folicular (20,3%). Entre las neoplasias sólidas, el carcinoma escamoso de cabeza y cuello (40,5%), seguido del escamoso de origen incierto (13,5%) (tabla 1). Los pacientes con diagnóstico oncológico eran mayores, principalmente varones caucásicos y con mayor exposición a drogas. El tacto indurado y adherido, síndrome tóxico y mayor tamaño también fueron características asociadas a malignidad, mientras que el largo tiempo de evolución era indicativo de benignidad (tabla 2). En 172 casos (35,4%) se obtuvo un diagnóstico específico no maligno, principalmente de causa infecciosa (37,2%). El análisis multivariante mostró como factores de riesgo: edad ? 50 años, tamaño > 25,5 mm, induración y localización supraclavicular (tabla 2).

Tabla 1

	n = 485
Hiperplasia linfoide reactiva	212 (43,7%)
Enfermedad maligna	101 (20,8%)
Hematológica	64 (13,2%)
Linfoma difuso de células B grandes	21 (32,8%)
Linfoma de Hodgkin	14 (21,9%)
Linfoma folicular	13 (20,3%)
Leucemia linfocítica crónica	4 (6,3%)
Linfoma del manto	4 (6,3%)
Linfoma anaplásico	2 (3,1%)
Linfoma T	2 (3,1%)
Otros	4 (6,3%)
Oncológica	37 (7,6%)
Carcinoma escamoso de cabeza y cuello	15 (40,5%)
Carcinoma escamoso de origen desconocido	5 (13,5%)
Carcinoma tiroideo	3 (8,1%)
Carcinoma de pulmón de célula no pequeña	3 (8,1%)
Carcinoma ductal de mama	1 (2,7%)

0014-2565 / © 2024, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

Carcinoma ovárico	1 (2,7%)
Carcinoma urotelial	2 (5,4%)
Carcinoma escamoso de piel	1 (2,7%)
Carcinoma escamoso de esófago	1 (2,7%)
Carcinoma de línea media NUT	1 (2,7%)
GIST	1 (2,7%)
Adenocarcinoma gástrico	1 (2,7%)
Melanoma	1 (2,7%)
No estudiado	1 (2,7%)
Infecciones	64 (13,2%)
Linfadenitis tuberculosa	37 (57,8%)
Tonsilitis por *Streptococcus pyogenes*	3 (4,7%)
Infección cutánea	5 (7,8%)
Infección viral	6 (9,4%)
VHS-1	1 (1,6%)
VEB	2 (3,2%)
CMV	1 (1,6%)
VIH	1 (1,6%)
Parotiditis	1 (1,6%)

0014-2565 / © 2024, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

Sífilis	1 (1,6%)
Toxoplasma	2 (3,2%)
Otros	9 (14,1%)
Inflamatoria	32 (6,6%)
Vacunación reciente	9 (28,1%)
Tiroiditis de Hashimoto	5 (15,6%)
Sarcoidosis	5 (15,6%)
Enfermedad de Castleman	1 (3,1%)
Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto	1 (3,1%)
Tratamiento con interferón	1 (3,1%)
Otras	10 (31,3%)
Otras	76 (15,7%)
Quiste braquial	20 (26,3%)
Nódulos tiroideos	12 (15,8%)
Lipoma	10 (13,2%)
Tumor parotídeo	7 (9,2%)
Sialolitiasis	5 (6,6%)
Fibroma	3 (3,9%)
Vascular	3 (3,9%)

0014-2565 / © 2024, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

Otros	16 (21,1%)

Tabla 2

Factor	LA malignidad, %	LA no malignidad, %	Análisis univariable			Análisis multivariable		
OR			IC95%	p	OR	IC95%	p	
Epidemiología								
Edad ? 50 años	78,4	33,3	7,29	4,06-13,11	0,001	6,81	2,74-16,95	0,001
Género *(varón)*	69,6	42,8	3,07	1,81-5,21	0,001			
Etnia								
Caucásica	84,8	68,6	2,56	1,32-4,94	0,004			
Hispánica	6,3	12,2	0,49	0,19-1,28	0,138			
Oriente Medio	2,5	8,0	0,29	0,07-1,28	0,086			
Africana	3,8	2,9	1,33	0,35-5,03	0,674			
Asiática	0	8,3	n.a.	n.a	0,008			
100 días evolución	80,0	56,6	3,07	1,66-5,67	0,001			
Historia consumo droga	46,8	30,5	2,00	1,21-3,31	0,006			
Historia oncológica	13,9	6,2	2,47	1,12-5,43	0,021			

0014-2565 / © 2024, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

Factores de riesgo	6,3	17,5	0,32	0,13-0,83	0,014			
Relaciones sexuales riesgo	0	2,9	n.a	n.a	0,214			
Historia ITS	0	2,6	n.a	n.a	0,368			
Inmunización reciente	0	6,8	n.a	n.a	0,017			
Características								
Induradas	62,0	15,1	9,20	5,18-16,34	0,001	3,51	1,35-9,16	0,01
Adheridas	52,9	8,0	12,89	6,88-24,16	0,001			
Tamaño > 25,5 mm	63,6	18,8	7,58	4,37-13,15	0,001	5,18	2,29-11,73	0,001
Fiebre	2,5	4,8	0,51	0,12-2,29	0,373			
Síntomas B	3,8	1,9	2,01	0,49-8,21	0,323			
Síndrome tóxico	20,3	2,6	9,59	3,93-23,37	0,001			
Distribución								
Cervical	55,7	49,7	1,27	0,77-2,09	0,339			
Supraclavicular	32,9	14,1	2,99	1,69-5,27	0,001	2,69	1,0-7,21	0,049
Submandibular	8,8	18,6	0,43	0,19-0,98	0,038			
Inguinal	19,0	15,1	1,32	0,70-2,51	0,394			
Axilar	17,7	8,3	2,36	1,19-4,79	0,014			

0014-2565 / © 2024, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

Mediastínica	8,9	3,2	2,94	1,08-7,98	0,028	
Otras	10,1	4,5	2,40	0,97-5,94	0,052	
Extranodal	7,6	0	n.a	n.a	0,001	
? 2 territorios no contiguos	20,3	3,5	6,95	3,082-15,69	0,001	

Conclusiones: La presencia de una UDR permite agilizar el proceso diagnóstico de pacientes con linfadenopatías, donde la neoplasia es la causa subyacente en más de un 20% de los casos. Debemos sospechar malignidad en pacientes de ? 50 años con presencia de adenopatías de más de 25 mm, induradas y de localización supraclavicular, procediendo a la realización de test invasivos. Un mayor tiempo de evolución orienta a que se trate de una etiología benigna.

0014-2565 / © 2024, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.