



medicina general y de familia

edición digital

www.mgyf.org



Clínica cotidiana

Y de repente apareció un bulto en el cuello...

Iliana Elizabeth González Flores^a, Jorge Luis Orihuela de la Cal^{b,*}

^aCentro de Salud Entrena. Navarrete, La Rioja. ^bCentro de Salud El Doctoral. Santa Lucía de Tirajana, Gran Canaria.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 22 de julio de 2025

Aceptado el 9 de enero de 2026

On-line el 19 de mayo de 2026

Palabras clave:

Adenopatía

Atención primaria

Pancoast

Keywords:

Adenopathy

Primary care

Pancoast

R E S U M E N

Se presenta un caso clínico atendido en la consulta de atención primaria refiriendo un aumento de volumen en región supraclavicular derecha acompañado de síntomas constitucionales. Tras la realización minuciosa de la historia clínica se detecta una adenopatía mayor de 4 cm, sugestiva de malignidad. Esta localización siempre obliga al médico a estudiar al enfermo cumpliendo los algoritmos de actuación establecidos. Entre las pruebas complementarias indicadas inicialmente se encuentran la ecografía clínica a pie de camilla, teniendo en cuenta los criterios de malignidad de una adenopatía, y la radiografía torácica urgente con el hallazgo de imagen tumoral en vértice del pulmón derecho (Pancoast). Esto produjo una acción inmediata de derivación al segundo nivel confirmándose el juicio clínico definitivo tras completar las investigaciones necesarias. La ecografía clínica en el centro de salud constituye una herramienta diagnóstica muy valiosa que permite esclarecer diagnósticos diferenciales y poder tomar conductas con celeridad.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por E-Medfarma 2020, S.L.

And suddenly a lump appeared on his neck...

A B S T R A C T

We present a case seen in a primary care clinic with a complaint of enlarged right supraclavicular region accompanied by constitutional symptoms. After a thorough history, a lymph node larger than 4 cm was detected, suggestive of malignancy. This location always requires the physician to evaluate the patient according to established treatment algorithms. Initially indicated complementary tests included clinical ultrasound at the bedside, taking into account the malignant criteria of lymph node disease, and an urgent chest X-ray, which revealed a tumor in the apex of the right lung (Pancoast). This prompted immediate referral to a secondary care provider, confirming the definitive clinical judgment after completing the necessary investigations. Clinical ultrasound in the health center is a valuable diagnostic tool that allows for clarifying differential diagnoses and enabling rapid action.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by E-Medfarma 2020, S.L.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jorgeorihu1969@gmail.com (J.L. Orihuela de la Cal).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2026.S1.016>

2254-5506 / © 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Introducción

Atendido en consulta de AP varón de 71 años refiriendo bulto no doloroso localizado en lado derecho del cuello, de reciente aparición, crecimiento rápido y no doloroso; niega fiebre. Además, decaimiento y pérdida de peso de 4 kg en dos meses. Manifiesta preocupación por dolor urente intercostal derecho desde hace alrededor de 3 meses, sin mejoría actual tras tratamiento tópico y oral (capsaicina crema y pregabalina a dosis elevada, respectivamente), compatible con neuralgia posherpética. Se completa la historia clínica.

Como antecedentes personales, el paciente presenta una infección por el virus de herpes zóster (VHZ) intercostal, que fue tratada con aciclovir oral hace varios meses. Además, padece hipertensión arterial, la cual está controlada con olmesartán, y una broncopatía crónica para la cual tiene pautado un inhalador compuesto por furoato de fluticasona y vilanterol, el cual usa una vez al día. En cuanto a hábitos tóxicos, es fumador desde los 18 años, con un índice de paquete/año actual de 20. Es intolerante al enalapril, ya que le provoca tos seca persistente. El paciente no está vacunado contra el virus de herpes zóster ni contra el neumococo.

El paciente presenta un buen estado general, con una constitución leptosómica. Está normohidratado, con la piel afectada por daño solar crónico, pero sin lesiones activas por VHZ. Las mucosas tienen un color normal y no presenta fiebre. Se palpa una adenopatía supraclavicular derecha, de más de 4 cm, indurada, de consistencia firme y adherida (figura 1). El murmullo vesicular es globalmente hipofonético, sin estertores. Las constantes vitales son normales. Según la escala de fragilidad SHARE-FI/Fried⁵ (tabla 1), se evalúa como un paciente frágil con 3 puntos.

Se realiza una ecografía a pie de camilla, donde se constata la presencia de un ganglio de entre 5 y 6 cm, irregular, con cortical asimétrica engrosada, bordes mal definidos, áreas anecoicas y un patrón difuso de vascularización. En la analítica sanguínea se constata leucopenia leve, eritrosedimentación acelerada, monocitosis leve, hiponatremia y creatinina en el límite alto, junto con un filtrado glomerular bajo, sin signos de anemia. La radiografía de tórax muestra un aumento de densidad en la FSC y una zona radiopaca en el lóbulo superior del pulmón ipsilateral (figura 2). Las serologías para enfermedades infecciosas resultan negativas.

Ante los hallazgos clínicos y los resultados de las pruebas complementarias iniciales, el paciente es derivado de urgencia al hospital con diagnóstico de tumor de Pancoast (TP) y adenopatía metastásica.

El paciente ingresa en el servicio de Neumología, donde se realiza una tomografía axial computarizada que revela una masa tumoral en el vértice pulmonar, un conglomerado adenopático en la FSC derecha, erosión osteolítica en las costillas e implantes metastásicos intra y retroperitoneales. El estudio histopatológico tras biopsia confirma el diagnóstico: carcinoma escamoso pulmonar con metástasis múltiples (TP; estadio IV B: T4, N3, M1b). El paciente recibe tratamiento oncológico con quimioterapia y radioterapia, pero presenta una evolución desfavorable y un pronóstico negativo.

En atención primaria (AP), se realiza un abordaje integral con el apoyo de su familia, seguimiento y control de los síntomas. Se consigue la deshabitación tabáquica mediante terapia cognitivo-conductual y citisiniclina oral. Se ponen a su disposi-



Figura 1 – Adenopatía en FSC derecha mayor de 0,5 cm.

Tabla 1 – Cuestionario FRAIL para detección de fragilidad en el adulto mayor.

- ¿Está usted cansado?
- ¿Es incapaz de subir un piso de escaleras?
- ¿Es incapaz de caminar una manzana?
- ¿Ha perdido más del 5 % de su peso en los últimos 6 meses?

Respuesta afirmativa: 1 a 2 = prefrágil; 3 o más = frágil

FRAIL: Fatigue, Resistance, Aerobic, Illnesses, Loss of weight.

Adaptado de: Morley JE, et al. Frailty consensus: a call to action. *J Am Med Dir Assoc.* 2013;14(6):392-7. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.03.022>.

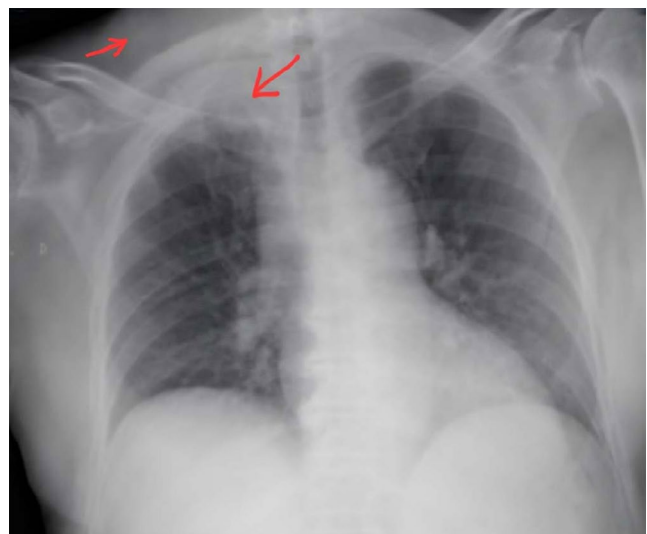


Figura 2 – Aumento de densidad en FSC derecha y zona radiopaca en lóbulo superior del pulmón ipsilateral (flechas) (tumor de Pancoast).

ción los recursos de apoyo disponibles, con la participación del personal de enfermería y trabajador social. El paciente requiere

tratamiento paliativo domiciliario y acompañamiento al final de la vida, incluyendo a la familia, falleciendo ocho meses después del diagnóstico.

Comentario

La adenopatía constituye una alteración en las características de uno o más ganglios linfáticos. Como motivo de consulta, las causas más frecuentes en atención primaria (AP) tienen origen infeccioso o son reactivas, pero siempre resulta importante valorar criterios de alerta¹⁻³. Su localización en fosa supraclavicular (FSC) debe estudiarse siempre para descartar patologías internas graves^{2,3}. Un hallazgo secundario a la presencia de adenopatías en FSD puede ser un tumor de Pancoast que constituye una enfermedad poco frecuente pudiendo tener desde una clínica florida (síndrome de Pancoast-Tobias) pero puede cursar sin clínica respiratoria o totalmente asintomático⁴.

Las adenopatías supraclaviculares son sospechosas de malignidad cuando su diámetro es superior a 0,5 cm⁵. Si se constatan a nivel físico, se debe considerar un amplio abanico de posibles diagnósticos, entre los cuales se incluyen cáncer abdominal o torácico, linfomas, enfermedades tiroideas y laríngeas, infecciones por micobacterias, sarcoidosis, entre otras¹⁻³.

Como criterios de sospecha de malignidad ante una adenopatía, hay que destacar que la edad es un factor pronóstico relevante para determinar malignidad, sobre todo en personas mayores de 40 años². En AP, es fundamental seguir los algoritmos de actuación establecidos para las adenopatías sospechosas³, así como utilizar la ecografía clínica como herramienta diagnóstica valiosa. La ecografía permite caracterizar las adenopatías mediante criterios ecográficos que orientan hacia un carácter benigno o maligno, facilitando la toma de decisiones rápidas, evitando retrasos diagnósticos y adoptando intervenciones oportunas^{5,6}.

Asimismo, es esencial el control de los factores de riesgo y la promoción de estilos de vida saludables. Cumplir con el calendario de vacunación recomendado para toda la vida es otro aspecto clave, incluyendo la vacuna contra el virus del herpes zóster (VHZ) y el neumococo a partir de los 65 años, así como la vacuna antigripal anualmente, conforme a la campaña vigente⁷. Es relevante señalar que el herpes zóster puede reactivarse en situaciones secundarias a una neoplasia, especialmente cuando las defensas del organismo están comprometidas.

La fragilidad es otro factor importante a considerar en el manejo de pacientes con adenopatías, especialmente en adultos mayores. Según el consenso sobre la fragilidad, los pacientes con fragilidad presentan un mayor riesgo de com-

plicaciones en el tratamiento y una menor capacidad para enfrentar enfermedades graves, lo que afecta directamente el pronóstico⁸.

En conclusión, el diagnóstico y manejo adecuado de las adenopatías supraclaviculares son fundamentales para detectar posibles malignidades a tiempo. La ecografía clínica es clave para diferenciar entre lesiones benignas y malignas, mientras que factores como la edad y la fragilidad del paciente deben considerarse al planificar el tratamiento. Además, seguir los protocolos de actuación y garantizar el cumplimiento de las vacunas recomendadas contribuye a un cuidado integral y preventivo. Un enfoque ágil y bien coordinado en AP puede mejorar significativamente los resultados para los pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Solanas Saura P. Adenopatías periféricas. *AMF*. 2022;18(10):556-9.
2. Morales Hernández M, Rodríguez Espinosa A. Adenopatías. *AMF*. 2018;14(9):521-7. Disponible en: <https://www.amf-semfyc.com/es/web/articulo/adenopatias-2>
3. Puig Valls B. Adenopatías locales y generalizadas. En: García Velasco G, Aldecoa Landesa S, Castro Gómez JA, Dazza Asuendi P, Espinás Boquet J, Fluixá Carrascosa C, et al., editores. *Guía de Actuación en Atención Primaria*. Vol I, 5ª ed. Barcelona: semFYC; 2023. p. 24-30.
4. Theran León JS, Fernando García C, García Brilla MF, Dulcey Sarmiento LA. Tumor de Pancoast en paciente con dolor en hombro. *Rev Aten Primaria Pract*. 2022;4(1):100114. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.appr.2021.100114>
5. Vicente Prieto A, Suárez Moreno N. ¿Es un ganglio normal?. *AMF*. 2025;21(3):3776. Disponible en: <https://doi.org/10.55783/AMF.S210307>
6. Tarrazo Suárez A, Pérez Prada J. La ecografía clínica en el estudio de las adenopatías periféricas. *AMF*. 2025;21(2):97-102. Disponible en: <https://doi.org/10.55783/AMF.210207>
7. Javierre AP, Sánchez Hernández C, Aldaz P. Vacunación frente al herpes zóster. *Rev Atención Primaria*. 2023;55(19). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-vacunacion-frente-al-virus-del-S0212656723001439>
8. Morley JE, Vellas B, Van Kan GA, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty consensus: a call to action. *J Am Med Dir Assoc*. 2013;14(6):392-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.03.022>