

ACTUALIZACIÓN

Adenopatías en la infancia

Drs. Juan Tordecilla ^{1,2}, Pilar Joannon ¹ y Benigno Montenegro ¹

¹Unidad de Hemato-Oncología, Hospital de Niños Dr. Roberto del Río.

²Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Resumen

Las adenopatías corresponden a una causa relativamente frecuente de consulta en pediatría. Se definen como el aumento de volumen de los ganglios linfáticos mayor a 1 cm., que se puede acompañar o no de otros síntomas, teniendo una etiología multifactorial. Es importante la caracterización de las adenopatías en cada caso en particular, ya que de esto depende la conducta diagnóstica y terapéutica, incluida la decisión de biopsia, para definir si corresponde o no a una enfermedad neoplásica. El tratamiento de esta patología es variable de acuerdo al análisis de cada caso.

Palabras clave: Adenopatía, ganglio linfático, linfadenopatías generalizadas, linfadenopatías localizadas, biopsia ganglionar.

Generalidades

El ganglio es una colección encapsulada de linfocitos, células plasmáticas y macrófagos, que se distribuyen en varias regiones del cuerpo incluyendo región cervical, axilar, torácica, abdominal e inguinal. Está constituido por una región cortical con folículos germinales y una región medular (figura 1).

Definición

Se define adenopatía como todo aumento de volumen ganglionar mayor de 1cm. de diámetro, acompañado o no de signología inflamatoria y cuya etiología es multifactorial (1).

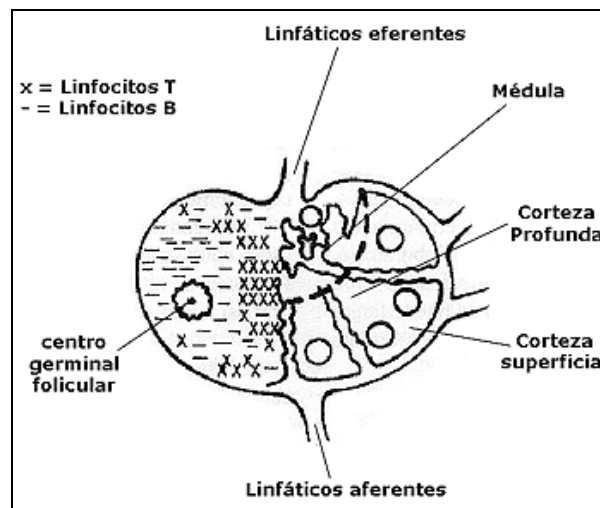
El aumento de volumen ganglionar obedece a diversos mecanismos:

- 1) Estimulación antigénica repetida que lleva a hiperplasia folicular linfoide.
- 2) Invasión por:

- a) Histiocitos como se observa en la histiocitosis de Langerhans y en las enfermedades de depósito.
- b) Polimorfonucleares en las adenitis infecciosas.
- c) Células tumorales en las leucemias y tumores sólidos.

Existen varios grupos de ganglios linfáticos en el organismo (figura 2). Algunos grupos son palpables clínicamente, en cambio otros sólo son visibles con técnicas de imágenes tales como ecografía y tomografía axial computada.

Figura 1. Estructura de un ganglio linfático normal



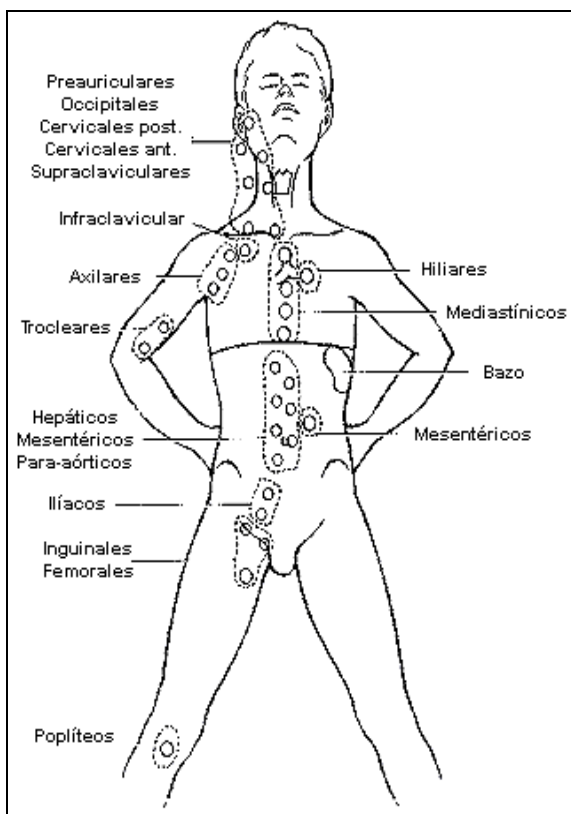
Evaluación clínica

El aumento de volumen ganglionar es un hallazgo frecuente en los niños. Dado que puede representar una enfermedad maligna en un porcentaje bajo, es necesario que el pediatra evalúe detalladamente cada caso en particular

(2,3). Para ello es clave realizar una historia clínica exhaustiva, precisando en la anamnesis:

- Edad
- Ubicación
- Tiempo de evolución
- Características clínicas: tamaño, dolor, consistencia.
- Síntomas asociados: fiebre, odinofagia, síntomas respiratorios, exantema, dolor abdominal.
- Otros antecedentes: uso de medicamentos, contacto con gatos.

Figura 2. Principales grupos ganglionares en el organismo



En el examen físico es importante:

Precisar tamaño, localización, sensibilidad, consistencia, signos inflamatorios, supuración, fijación a planos superficiales o profundos.

Determinar si son localizadas o generalizadas, éstas últimas definidas como aumento de volumen ganglionar de dos o más regiones ganglionares no contiguas.

- En la piel, presencia de palidez, signos de hemorragia o síndrome purpúrico, exantema o lesiones supuradas cercanas al aumento de volumen ganglionar.
- Hepatoesplenomegalia.
- Examen bucal en búsqueda de caries o lesiones ulceradas; nasal para descartar obstrucción o descarga; ótico observando supuración o inflamación y faríngeo en búsqueda de úlceras o inflamación

Etiología

Podemos orientarnos a las distintas etiologías de acuerdo a si las adenopatías son generalizadas o localizadas (4). En las adenopatías localizadas, determinar el sitio específico donde se encuentran también nos ayuda a precisar la etiología.

Etiología de linfadenopatías generalizadas (Tabla 1.)

La mononucleosis infecciosa se caracteriza por ganglios cervicales, occipitales, retroauriculares bilaterales, grandes, sensibles, sin cambio de coloración de la piel. Generalmente con un cuadro febril, rash cutáneo, inyección conjuntival, enrojecimiento faríngeo o exudado amigdaliano, hepatoesplenomegalia y serología positiva para Epstein-Barr.

Etiología de linfadenopatías localizadas

Occipitales: secundarias generalmente a lesiones de cuero cabelludo como pediculosis o dermatitis seborreica. Esta localización también puede verse en patologías que se acompañan de adenopatías generalizadas, como rubéola.

Preauriculares: habitualmente secundarias a infecciones por Chlamydia, Adenovirus o enfermedad por arañazo de gato.

Submaxilares y submentonianas: en relación a infección de la piel contigua, problemas dentales, gingivales, linguales o de la mucosa oral.

Tabla 1. Etiología de linfadenopatías generalizadas

Infeciosas	Mononucleosis infecciosa Citomegalovirus Rubéola Sarampión VIH/Sida Brucelosis Tuberculosis Toxoplasmosis Histoplasmosis.
Neoplásicas	Leucemia Linfoma Histiocitosis Neuroblastoma.
Inmunes	Artritis reumatoidea Lupus.
Medicamentos	Anticonvulsivantes
Otras	Enfermedad del suero Enfermedades de depósito

Cervicales: es la ubicación más frecuente en la infancia y la infección viral del tracto respiratorio superior la causa más común (5). Habitualmente es blanda, pequeña y sin cambio de coloración de la piel. En cambio la adenopatía cervical asociada a infección bacteriana (por Streptococcus o Staphylococcus) es más grande, muy sensible y con signos inflamatorios de la piel. Es frecuente en esta localización la adenitis por arañazo de gato, que es generalmente única, sensible, grande, blanda y acompañada de fiebre. En estos casos puede o no existir y el antecedente de contacto con gato o la presencia de lesión por rasguño. Se confirma el diagnóstico con la serología para Bartonella henselae.

La adenopatía en la Enfermedad de Kawasaki es sensible, grande, y se acompaña de signos como son fiebre de más de cinco días de evolución, rash cutáneo, eritema y edema palmo-plantar, inyección conjuntival y enrojecimiento labial. Puede existir trombocitosis en el hemograma, sedimentación elevada, y se debe descartar el compromiso coronario (6).

Supraclaviculares: esta localización sobretudo a derecha está relacionada con lesiones mediastínicas o pulmonares, probablemente neoplásicas por lo que requieren estudio histológico obligado.

Mediastínicas: generalmente se deben a procesos malignos; las lesiones de mediastino anterior corresponden a linfoma de Hodgkin o no Hodgkin o leucemia. Las lesiones de mediastino posterior orientan al diagnóstico de neuroblastoma.

Axilares: generalmente reactivas a adenitis BCG, infecciones de las extremidades superiores o regionales y enfermedad por rasguño de gato.

Abdominales y pélvicas: generalmente son hallazgo en estudio de imágenes, como ecografías abdominales, y las causas pueden ser infecciosas como la adenitis mesentérica o malignas como linfomas, rabdomiosarcoma o neuroblastoma.

Epitrocleares: habitualmente inflamatorias y por lesiones de las manos o antebrazos y también por rasguño de gato.

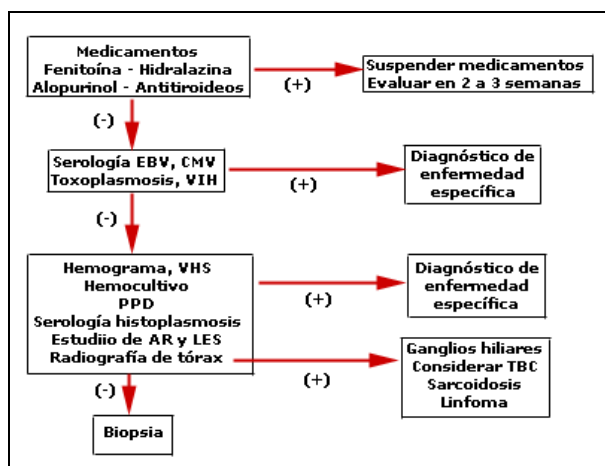
Inguinales: secundarias habitualmente a infecciones de las extremidades inferiores o región genital.

Estudio y manejo sugerido en caso de adenopatías generalizadas (Figura 3)

En el caso de las adenopatías generalizadas, el enfoque inicial es descartar, a través de los antecedentes obtenidos en la anamnesis, causas potencialmente reversibles tales como la ingesta de anticonvulsivantes, síntomas sugerentes de enfermedades infecciosas o inmunes. Luego debe realizarse un examen clínico detenido, buscando las alteraciones que sugieran una etiología probable. Por último se debe recurrir a exámenes de laboratorio con el objetivo de precisar su etiología.

En una última instancia se plantea la biopsia ganglionar, ya que la mayoría de las veces podemos encontrar sólo signos inflamatorios, que son bastante inespecíficos de una etiología determinada. En la siguiente figura se plantea un modelo de estudio de las adenopatías generalizadas.

Figura 3. Linfadenopatía generalizada



Estudio y manejo en caso de adenopatías localizadas

En adenopatías acompañadas de signos inflamatorios y fiebre en que se sospeche una etiología infecciosa se debe indicar antibióticos betalactámicos durante 10 días. Lo que se espera es regresión considerable del aumento de volumen y de la sintomatología inflamatoria. Si no hay respuesta a las dos semanas, debe estudiarse con hemograma completo, velocidad de sedimentación, radiografía de tórax, ecografía de partes blandas, PPD, serología de acuerdo a sospecha clínica (Epstein barr (EBV), Citomegalovirus (CMV), VIH, Bartonella, Toxoplasmosis, Brucelosis e Histoplasmosis) y punción aspirativa (adenograma) (7).

En adenopatías en que por sus características se sospeche una etiología maligna: paciente escolar, tamaño mayor de 3 cm., fijación a planos profundos, localización supraclavicular o radiografía de tórax anormal, se debe derivar de inmediato a un centro especializado para estudio histológico y tratamiento oportuno.

Es recomendable realizar biopsia ganglionar en:

- Crecimiento ganglionar después de 3 semanas de estudio sin diagnóstico etiológico.
- Falta de disminución de tamaño después de seguimiento de 4 a 6 semanas.
- Falta de regresión a tamaño considerado normal para la edad del paciente y la localización, en 10 a 12 semanas.
- Radiografía de tórax anormal (presencia de adenopatías mediastínicas).
- Localización cervical baja o supraclavicular (8)

Referencias.

1. Grossman M., Shiramizu B. Evaluation of lymphadenopathy in children. *Current Opinion in Pediatrics* 1994; 6: 68-76.
2. Soldes O., Younger J., Hirschl R. Predictors of malignancy in childhood peripheral lymphadenopathy. *J Pediatr Surg* 1999; 34: 1447-1452.
3. Vietti T., Steuber C. Clinical assessment and differential diagnosis in the child with suspected cancer. In: Pizzo P, Poplack D, eds, *Principles and practice of pediatric oncology*. Philadelphia: JB Lippincott, 2002; 149-159.
4. Cofré J. Adenopatías localizadas y generalizadas. *Rev Chil Pediatr* 1990; 61: (Supl 3): 4-7.
5. Tordecilla J., Bravo M., Vildósola J., Las Heras J. Adenopatías del cuello. Análisis prospectivo de 106 pacientes. *Pediatría (Santiago)* 1988; 31: 69a.
6. Morland B. Lymphadenopathy. *Arch Dis Child* 1995; 73: 476-479.
7. Ríos E., Otoy L. Fine needle aspiration biopsy: Usage in the diagnosis of lymphadenopathy in children. *J Pediatr Hematol Oncol* 1999; 21: 308a.
8. Knight P., Mulne A., Vassy L. When is lymph node biopsy indicated in children with enlarged peripheral nodes? *Pediatrics* 1982; 69: 68-76.