

Aproximación diagnóstica y terapéutica a las adenopatías

Introducción

El término adenopatía hace referencia al aumento de tamaño de un ganglio linfático mayor a 1 cm, que se convierte en visible y/o palpable.

Las adenopatías son un motivo frecuente de consulta en Pediatría. La mayoría de los casos son debidos a procesos banales que se resuelven sin necesidad de intervención terapéutica pero en un pequeño número de casos son la forma de presentación de enfermedades potencialmente graves como las neoplasias hematológicas y sólidas, en las que un diagnóstico precoz mejora el pronóstico de la enfermedad. El hallazgo de adenopatías palpables en la infancia es un hallazgo frecuente sin significado patológico en una gran cantidad de casos. Se consideran normales los ganglios menores de 1 cm cervicales, axilares o inguinales (menores de 0'5 cm en neonatos).

Para el abordaje de esta patología es importante separar aquellos ganglios de origen reactivo o infeccioso de los ganglios con riesgo de representar procesos neoplásicos, para ello establecemos una serie de síntomas de alarma, ante su hallazgo no debemos retrasar la biopsia ganglionar:

- Masas duras, adheridas a planos profundos, rápidamente progresivas o confluentes.
- Adenopatías supraclaviculares o en triángulo posterior del cuello
- Pérdida de peso, fiebre durante más de 1 semana, sudoración nocturna, tos, disnea, disfagia, hepatoesplenomegalia dura, púrpura, ictericia, citopenia.
- Mayores de 1 cm en cualquier localización en neonatos
- Aumento de tamaño en 2 semanas, no disminución de tamaño en 4-6 semanas sin identificar causa infecciosa desencadenante.

Historia clínica

- Edad, duración y localización de la adenopatía, cambios que ha sufrido desde el inicio del cuadro: adenopatías rápidamente progresivas

son indicativas de proceso tumoral, a mayor edad más riesgo de malignidad.

- . Síntomas asociados: catarro de vías altas en las adenopatías virales, artralgias en adenopatías reactivas, pérdida de peso en las tumorales.
- . Contacto con enfermos: TBC, VIH.
- . Traumatismos
- . Ingesta de leche sin pasteurizar (brucelosis, *Mycobacterium bovis*) o carne poco cocinada (toxoplasma). Contacto con animales (conejos en la tularemia, gatos en enf. por arañazo de gato, peces en micobacterias atípicas)
- . Alteraciones dentarias (anaerobios) o lesiones locales en la piel a otros niveles.
- . Mordeduras o picaduras (enfermedad arañazo de gato (*B. henselae*), enf Lyme (*B. burgdorferi*)
- . Vacunaciones y lugar de inyección
- . Medicación crónica: fenitoína, carbamazepina, alopurinol, cefalosporinas, penicilina.
- . Viajes (patógenos poco frecuentes en nuestro medio: histoplasmosis, *Yersinia pestis* o tripanosomiasis africana)
- . Episodios recurrentes: podrían orientar hacia una inmunodeficiencia.
- . Tratamiento previo recibido

Examen físico

- . Exploración física completa
- . Tamaño, signos de abscesificación (calor, rubor, fluctuación): medir con regla; las pequeñas suelen asociarse a procesos virales
- . Adenitis reactiva: pequeña, móvil, poco eritematosa.
- . Adenitis infecciosa: aislada, asimétrica, fluctuante, caliente, eritematosa.
- . Adenopatía maligna: dura, fija, adherida a estructuras adyacentes y normalmente no dolorosa.
- . Explorar el resto de cadenas ganglionares.
- . Presencia de hepatoesplenomegalia: VEB, CMV, histoplasmosis, TBC, sífilis y neoplasias.
- . Presencia de equimosis, petequias
- . Afectación de la mucosa oral: enfermedad periodontal (anaerobios), aftas (herpangina, herpes, VEB, CMV, PFAPA), Kawasaki
- . Afectación conjuntival: enfermedad arañazo de gato (síndrome oculoglandular de Parinaud), enfermedad de Kawasaki, adenovirus.
- . Afectación de la piel: rash generalizado (cuadros virales), lesiones localizadas (enfermedad arañazo de gato, tularemia, *Nocardia*, Actinomicosis, esporotricosis)

Etiología

Enfermedad	Características
Virales	Adenitis cervical aguda bilateral
Streptococo grupo A	Asociadas a inf. vías altas normalmente adenopatías pequeñas rodaderas, sin signos inflamatorios
VEB, CMV Mycoplasma pneumoniae	Faringitis acompañada de adenitis reactiva, roja, con signos de fluctuación. Puede acompañarse de rash con descamación Faringitis, esplenomegalia, fiebre, fatiga, edema periorbitario Síntomas de vías altas, faringitis
S. aureus, Strep. grupo A.	Adenitis cervical aguda unilateral Principal causa, niños menores de 5 años, 50% submandibulares
Streptococo grupo B	Ganglios eritematosos, calientes, poco móviles Presentación como sepsis neonatal tardía entre los días 7-89 de vida, riesgo de bacteriemia y muerte
Anaerobios F. tularensis	Niños mayores con infecciones dentales Tularemia. Contacto con conejos, hamsters. Fiebre, cefalea. Puede acompañarse del sínd. úlcero-glandular: lesión papular en cara con adenitis el ganglio de drenaje
VEB, CMV VIH	Adenitis cervical crónica Faringitis, esplenomegalia, fiebre, fatiga, edema periorbitario Infecciones bacterianas recurrentes, infecciones oportunistas fiebre, diarrea, hepatoesplenomegalia
Micobacterium tuberculosis Toxoplasma gondii	Contacto con enfermos TBC, cuadro respiratorio, Mantoux, Rx Tórax Asintomática, fiebre, mialgias, esplenomegalia, rash maculopapular.
Treponema pallidum Micobacterias atípicas	Adenopatía que puede persistir meses, no signos de fluctuación. Sífilis: Rash, fiebre, pérdida de peso, anorexia, hepatomegalia Menores de 5 años, contacto con peces, adenopatías de 2-4 cm, duras, no fluctuantes piel violácea alrededor
Enf. Arañazo de gato	Enf. arañazo de gato. A los 6-60 días del contacto con animal infectado, pápula en el lugar de inoculación. Sínd. oculoglandular de Parinaud: conjuntivitis en mismo lado de la adenopatía
Conectivopatías Neoplasias	Causas no infecciosas Fiebre prolongada con rash y/o artralgias Linfoadenopatía crónica, no fluctuante o generalizada, con síntomas de alarma: fiebre prolongada, pérdida de peso, mal estado general
Enf. Kawasaki	Adenopatía aguda unilateral con fiebre, rash, conjuntivitis, mucositis y edema de pies y manos.
Sínd. PFAPA	Menores de 6 años con fiebre recurrente de 4-5 días, aftas, faringitis y adenitis cervical.
Enf. Kikuchi	Enfermedad rara, adenopatía cervical única con fiebre Adenopatías generalizadas Mononucleosis Faringitis, esplenomegalia, fiebre, fatiga, edema periorbitario
VIH	Infecciones bacterianas recurrentes, infecciones oportunistas fiebre, diarrea, hepatoesplenomegalia
Tuberculosis miliar	Niños pequeños inmunodeprimidos, Mantoux negativo, patrón miliar en Rx tórax
Lupus Medicamentos Histiocitosis cél. Langherhan	Rash cutáneo, anemia, trombopenia, hepatomegalia, nefropatía Fenitoína, fenobarbital, carbamacepina, penicilina, tetraciclinas Rash papular de color marrón, lesiones en mucosas, lesiones líticas en hueso, proptosis, diabetes insípida.
Sínd. Hemofagocítico Enf. Castleman Sarcoidosis Sínd. Churg-Strauss	Fiebre, hepatoesplenomegalia, síntomas neurológicos, rash Fiebre, hepatoesplenomegalia, hipergammaglobulinemia Policlonal Enf. Granulomatosa multisistémica, adenopatía generalizada. Tos, asma, eosinofilia, vasculitis granulomatosa, adenopatía generalizada (rara forma de debut)

Diagnóstico diferencial

Debemos de diferenciar las adenomegalias cervicales de aquellas tumoraciones cervicales que no lo son, **Pseudoadenomegalias** como:

- Tiroides
- Quiste tirogloso
- Quistes branquiales
- Quiste dermoide
- Higroma quístico
- Lipoma
- Aneurisma vascular
- Hemangiomas

Algoritmo diagnóstico-terapéutico

Hasta un 80% de los casos de adenopatías tienen localización submandibular y en la mayoría de los casos en esta localización son adenopatías infecciosas. Tras un adecuado examen físico y una historia clínica completa podemos clasificar a los pacientes en dos grandes grupos: aquellos que presentan síntomas de alarma que deben derivarse para la realización de biopsia o PAAF y aquellos con bajo riesgo de malignidad.

En el grupo de bajo riesgo de malignidad también distinguimos dos grandes grupos: los que presentan un cuadro clínico compatible con viriasis y presentan adenopatías pequeñas, rodaderas, bilaterales; que no precisan tratamiento antibiótico, sólo analgésicos y reevaluación.

El segundo grupo correspondería a las adenopatías sugerentes de causa bacteriana: cervicales unilaterales, axilares o inguinales, dolorosas, eritematosas con signos de abscesificación; en estos pacientes si tienen buen estado general se puede iniciar tratamiento antibiótico vía oral. De elección sería la Cefuroxima-acetilo a dosis de 30 mg/kg/día cada 12 horas o la clindamicina a dosis de 30 mg/kg/día cada 6-8 horas. En caso de objetivarse caries o enfermedad periodontal sería necesario cubrir gérmenes anaerobios por lo que el tratamiento de elección sería Amoxicilina-clavulánico a dosis bajas (40 mg/kg/día cada 8 horas). Otra alternativa válida, teniendo en cuenta que la etiología más frecuente es *Staphylococo aureus*, es la cloxacilina a dosis de 100 mg/kg/día cada 12 horas. La respuesta al tratamiento se valorará a las 72 horas de iniciado el mismo. Si se produce disminución de la adenopatía mantener tratamiento antibiótico 10-14 días.

Los criterios de ingreso hospitalario y tratamiento antibiótico i.v serán:

- Afectación del estado general

-Falta de respuesta tras 72 horas de tratamiento antibiótico correcto

-Síntomas de alarma (para estudio)

-Menores de 3 meses

-Menores de 1 año con fiebre alta.

-No tolerancia oral

-Malas condiciones sociofamiliares

Las dosis recomendadas de tratamiento i.v son:

- Amoxicilina-clavulánico 100 mg/kg/día cada 6-8 horas

- Cefotaxima 150 mg/kg/día cada 6-8 horas + cloxacilina a dosis de 100 mg/kg/día cada 12 horas.

- Valorar añadir vancomicina si aspecto tóxico: 45 mg/kg/día cada 8 horas

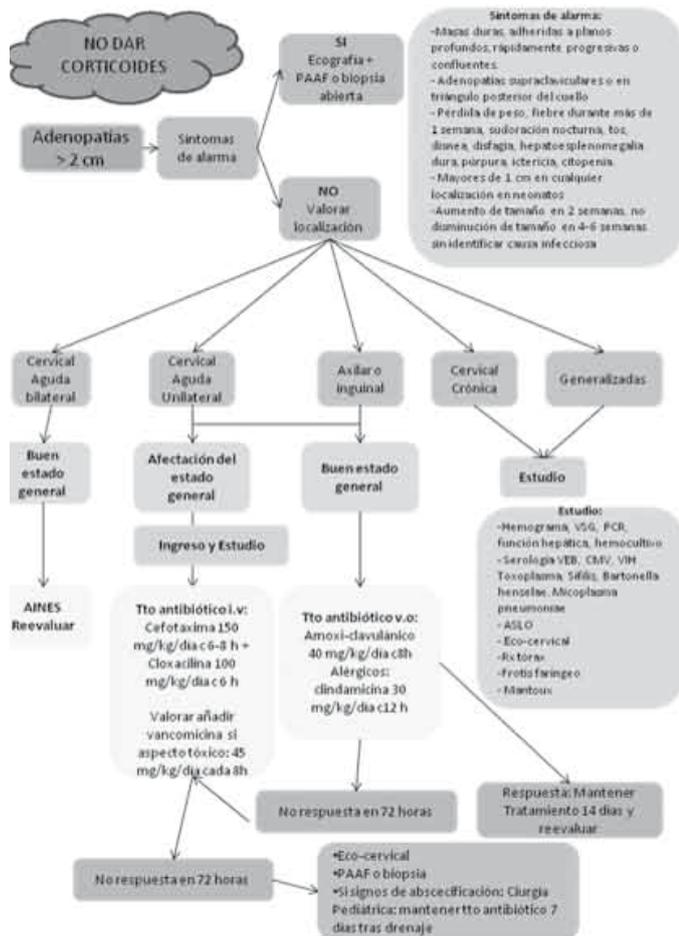
En caso de no respuesta a tratamiento tras 72 horas de antibioterapia intravenosa sería recomendable plantear la posibilidad de PAAF o biopsia abierta para descartar procesos menos frecuentes como las neoplasias. En caso de signos de claros de abscesificación: valoración por cirugía pediátrica y drenaje si fuera necesario. Recoger muestra para cultivo de micobacterias y anaerobias, Gram y cultivo de hongos. Mantener tratamiento antibiótico hasta 7 días tras cirugía.

No se debe realizar PAAF sin tener resultado de Mantoux, por el riesgo de fistulización de las adenopatías producidas por *Micobacterias*. No se deben utilizar en el tratamiento corticoides por la mejoría que producen en ciertas neoplasias como las leucemias o los linfomas que podrían retrasar el diagnóstico.

Exámenes complementarios

En caso de adenopatías que no responden a tratamiento oral, adenopatías crónicas o generalizadas o síntomas de alarma solicitamos:

- Hemograma, VSG, PCR, función hepática, hemocultivo
- Serología VEB, CMV, VIH, Toxoplasma, Sífilis, *Bartonella henselae*, *Mycoplasma pneumoniae*
- ASLO
- Eco-cervical
- Rx tórax
- Frotis faríngeo
- Mantoux



BIBLIOGRAFÍA

1. Beiler HA, Eckstein TM. Specific and nonspecific lymphadenitis in childhood: etiology, diagnosis and therapy. *Pediatr Surg Int* 1997;12:108-112.
2. Donato H, Rosso A. Comité de hematología de la SAP. Adenomegalias en niños. Normas de diagnóstico y tratamiento. *Arch Argent Pediatr* 2003;101,3:229-233.
3. Waseem M, Devas G. A child with palpable supraclavicular node. *Pediatr Emerg Care* 2006;221:55-58.
4. Douglas S. Swanson, MD. Etiology and clinical manifestations of cervical lymphadenitis in children. UpToDate. Septiembre 2010.
5. Douglas S. Swanson, MD. Diagnostic approach to and initial treatment of cervical lymphadenitis in children. UpToDate. Septiembre 2010.
6. Alison M. Friedman. Evaluation and management of lymphadenopathy in children. *Pediatrics in Review* 2008;29:53-60.
7. Kenneth L. McClain, MD. Approach to the child with peripheral lymphadenopathy. UpToDate. Septiembre 2010.
8. Kenneth L. McClain, MD. Causes of peripheral lymphadenopathy in children. UpToDate. Septiembre 2010.
9. Baquero-Artigao F, del Rosal Rabes T. Adenitis cervical. En: *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP*. URL: <http://www.aeped.es/protocolos/index.htm>