

### Paciente con Adenopatías

Autores:

Dra. Ma. Laura Lopez Galletti M.P.Nº 32395/8

Esp. en Hematología Clínica M.E.Nº 15503

Dra. Jesica Ellena M.P.Nº 34309/7

Esp. en Medicina Interna M.E.Nº 17163

Esp. en Auditoria Médica M.E.Nº 19048

#### 1. Concepto y Definición

El término adenopatía o linfadenopatía implica una alteración inespecífica de los ganglios linfáticos, generalmente expresada por el aumento de volumen o inflamación. La adenomegalia se considera significativa cuando el tamaño supera los 1,5 cm de diámetro.

Es frecuente palpar ganglios en región axilar, inguinal y cervical en niños sanos, debido a tres motivos básicos: a) la masa de tejido linfoide sufre un periodo de hiperplasia fisiológica continua hasta los 10-12 años; b) en el niño existe u (una) mayor respuesta a estímulos antigénicos que en el adulto; c) la frecuencia de infecciones es mayor en la población pediátrica.

#### CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA

ETIOLOGIA	INFECCIONES
Virus	Mononucleosis infecciosa, CMV, VHS, HHV-6, Herpes Zóster, Sarampión, Rubeola, HIV, Hepatitis, Adenovirus, Linfadenitis postvacinal, Queratoconjuntivitis epidérmica.
Bacterias	Estafilococos, estreptococos, escarlatina, enfermedad por arañazo de gato, Brucelosis, Listeriosis, Tuberculosis, Difteria, micobacterias atípicas, Lepra, Sífilis, Leptospirosis, linfogranuloma venéreo, tracoma.
Protozoos	Toxoplasmosis, Leishmaniasis, Tripanosomiasis, paludismo.
Hongos	Histoplasmosis, coccidioidomicosis, paracoccidioidomicosis.

Helmitos	Filariasis
Autoinmunes	Artritis reumatoidea, Lupus eritematoso sistémico, Dermatomiositis, conectivopatías mixtas, Síndrome de Sjogren, enf.de Kawasaki.
	Difenilhidantoína, carbamacepina, sales de oro, fenilbutazona, sulfasalazina, captopril, atenolol, quinidina, cefalosporina, pirimetamina, paracetamol.
Otros	Enfermedad del suero, Prótesis de silicona.
Enfermedad de depósito	Enfermedad de Gaucher, Nieman-Pick, Fabry.
Hematológicas	Enfermedad de Hodgkin, Linfoma No Hodgkin, Leucemias Agudas, Leucemia Linfática Crónica, macroglobulinemia de Waldenström, histiocitosis maligna, mielofibrosis, Leucemia Mieloide Crónica (fase blástica), mastocitosis sistémica, enfermedad de Castleman, amiloidosis.
Metástasis	De cualquier origen
Otras	Sarcoidosis, histiocitosis X, hipertrigliceridemia, hipertiroidismo, hipopituitarismo, hipoadrenalismo, enfermedad de Whipple, enfermedad granulomatosa crónica, linfadenopatía dermatopática.

### CLASIFICACIÓN SEGÚN LOCALIZACIÓN ANATÓMICA

Grupo ganglionar	Región de drenaje	Causas posibles
Occipital	Cuero cabelludo (parte posterior), nuca.	Infecciones locales, dermatitis seborreica, Pediculosis, (pedicu...) tinas, varicela, rubeola, (rubéola) linfomas.
Retro auricular	Cuero cabelludo (parte temporal y parietal), pabellón auricular.	
Preauricular, parotidea	Cuero cabelludo (parte anterior y temporal), párpados, conjuntiva, pabellón auricular, conducto auditivo externo, oído medio, glándula parótida.	Conjuntivitis, otras infecciones oculares, celulitis facial, otitis media, infecciones virales (especialmente rubéola, parvovirus), tularemia oculoglandular.
Submandibular	Mejilla, nariz, labios, lengua, mucosa oral, glándula submandibular.	Infecciones respiratorias víricas, infecciones bacterianas (estafilococo, estreptococo), micobacterias, enfermedad por arañazo de gato, linfomas.
Submentoniana	Labio inferior, suelo de la boca.	
Cervical superficial	Laringe inferior, zona inferior del conducto Auditivo, glándula parótida.	
Cervical profunda	Zona posterior del cuero cabelludo y del cuello, amígdalas, adenoides, lengua, paladar, nariz, senos para nasales, laringe, Tiroides, esófago.	
Supraclavicular	Lado derecho: pulmones, mediastino.	Tumores mediastínicos.
	Lado izquierdo: abdomen.	Tumores abdominales.
Axilar	Brazo y hombro, mama, pared torácica, Abdomen (pared lateral).	Vacunas, infecciones locales, enfermedad por arañazo de gato, tuberculosis, linfomas, metástasis.
EpitrocLEAR	Mano, antebrazo.	Infecciones locales, VEB, micobacterias atípicas, Leucemias, linfomas.
Inguinal	Extremidad inferior, genitales, nalgas, Pared abdominal inferior al	Infecciones locales, leucemias, tumores genitales.

	ombiligo.	
Poplitea	Rodilla, pierna, pie.	Infecciones locales, linfomas.
Mediastinales	Pared intra torácica	Linfomas, tuberculosis, metástasis, histoplasmosis, sarcoidosis,
	Pared Torácica	

## 2. Cuadro Clínico

En Atención Primaria la causa más frecuente de adenopatías es de origen infeccioso o reactivo; la anamnesis, cuidadoso examen físico y estudios complementarios permiten llegar al diagnóstico en un 90% de los casos. Las características de la adenopatía y su localización son de gran ayuda para la orientación inicial; las adenopatías de menos de 2 semanas o más de 1 año de evolución, sin variación de su tamaño, tienen muy baja probabilidad de ser malignas.

La edad es el factor pronóstico más importante en cuanto a probabilidad de malignidad; cuando no se tiene un diagnóstico etiológico y el estado del paciente es bueno, es prudente mantener un periodo de observación de 3 a 4 semanas. No se recomienda tratamiento con corticoides cuando no existe diagnóstico etiológico (excepto en caso de obstrucción faríngea).

En primer lugar se debe hacer un diagnóstico diferencial entre una adenopatía y otras masas subcutáneas y tumores, por ejemplo lipomas, quistes epidermoides, quiste branquial, conducto tirogloso, parotiditis o inflamación de una glándula submaxilar, nódulos tiroideos, hernias inguinales.

### Anamnesis:

- **EDAD:** La probabilidad de neoplasia aumenta con la edad. En menores de 30 años el 80% son inflamatorias y en mayores de 50 años el 60% son neoplásicas.
- **TIEMPO DE EVOLUCION:** Las adenopatías de origen infeccioso por lo general no superan las 2 semanas.
- **SINTOMAS:** fiebre, tos, aftas, infecciones odontógenas (sugieren proceso infeccioso); sudoración, pérdida de peso, prurito, fiebre, artralgias, astenia y anorexia (sugiere proceso neoplásico o reumatológico).
- **ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS:** ingesta de leche no pasteurizada (*brucelosis*, *Mycobacterium bovis*) o carne poco cocida. Contacto con animales domésticos o salvajes: gatos (enfermedad por arañazo de gato, toxoplasmosis), cabras (*brucelosis*), conejos

(tularemia). Vacunas recientes, viajes (regiones endémicas), historia sexual (enfermedades de transmisión sexual).

### Exploración física:

- **Extensión y localización:** las adenopatías son **localizadas** cuando aparecen en una única región, como el cuello o la axila. Cuando se afectan dos o más cadenas ganglionares no contiguas hablamos de adenopatías **generalizadas**.
- **Tamaño:** el riesgo de malignidad aumenta con el tamaño del ganglio. Los ganglios menores de un cm de diámetro se consideran normales. La presencia de un ganglio supraclavicular, cualquiera que sea su tamaño, incluso en niños, debe considerarse siempre patológico y ser derivado para estudio.
- **Características físicas:** las adenopatías duras y fijas son de origen metastático. Los ganglios malignos son normalmente de consistencia dura, aunque en los linfomas suele ser elástica; están adheridos a planos profundos, a veces fusionados entre si, y no son móviles.
- **Dolor:** las adenopatías por infección aguda son típicamente dolorosas. Las asociadas a inflamación previa, linfomas o metástasis son indoloras, excepto que se produzca hemorragia intraganglionar. El dolor tras el consumo de alcohol, aunque raro, es sugestivo de la enfermedad de Hodgkin.
- **Hepatomegalia y esplenomegalia:** orientan a un trastorno sistémico y hace poco probable el cáncer metastásico.

### 3. ESTUDIOS A SOLICITAR:

**Obligatorios:** prescindibles si es localizada: esperar 3 a 4 semanas, Si es generalizada solicitar:

- Hemograma completo con formula leucocitaria (.)
- Velocidad de sedimentación globular (.)
- Radiografía de tórax.

**Facultativos según resultados** Serología para HIV, Epstein Barr, Citomegalovirus, toxoplasmosis, hepatitis B y C, PPD, laboratorio de autoinmunidad (ANA-anti ADN-complemenemia), etcétera.

#### ***Biopsia de adenopatía***

La biopsia está indicada cuando la adenopatía ha persistido luego de 4 semanas y cuando se presenten hallazgos sugestivos de malignidad. Para realizar este tipo de estudio, se encuentran las diferentes opciones:

- 1) Biopsia escisional/incisional de la linfadenopatía: generalmente es el método de diagnóstico. Los resultados falsos negativos pueden ocurrir, cuando se extrae la adenopatía incorrecta, pero esto es poco frecuente. Es el método de elección para el diagnóstico inicial de los casos con sospecha de proceso linfoproliferativo
- 2) Punción aspirativa por aguja fina (PAAF): muy utilizada cuando se piensa en metástasis. Los resultados falsos positivos no son frecuentes pero hay una alta tasa de resultados falsos negativos. La PAAF logra identificar con una sensibilidad desde 77% hasta 98,8% y una especificidad entre 90,9% y 100% las lesiones malignas de benignas. Esta técnica asume un rol muy importante en áreas de difícil acceso en las cuales no se puede realizar biopsia escisional. Esta prueba NO debe realizarse para el diagnóstico inicial de un paciente con adenopatías de posible origen neoplásico linfoide (muy bajo rendimiento diagnóstico).

### **Indicaciones probables de biopsia**

#### ***De forma precoz***

- Tamaño mayor de 3 cm (1 cm en neonatos).
- Consistencia dura o parecida a la goma.
- Adhesión a piel o planos profundos.
- Localización supraclavicular o cervical inferior.
- Radiografía de tórax anormal (adenopatías hiliares o mediastínicas).
- Citopenias no explicadas por causas infecciosas.
- Presencia de signos o síntomas sistémicos: fiebre persistente más de una semana, pérdida de peso >10%, sudoración nocturna, artralgias, hepato-esplenomegalia.

#### ***De forma diferida***

- Aumenta de tamaño después de 2 semanas.
- No disminuye de tamaño después de 4-6 semanas.
- No vuelve al tamaño basal después de 8-12 semanas.
- No disminuye de tamaño a pesar del tratamiento antibiótico

#### ***Imágenes:***

Las imágenes pueden definir el tamaño de la adenopatía y la distribución con mucha más precisión que el examen físico. La ecografía es

la prueba de imagen inicial más rentable, aporta información sobre las características del ganglio. La tomografía computada puede ayudarnos para distinguir entre adenopatías de otras estructuras, así como también nos puede proveer de pistas para arribar a un diagnóstico.

#### 4. Conducta Inicial

**Con foco primario detectable:** se sugiere tratamiento dirigido y control evolutivo.

**Sin foco primario** (adenomegalia localizada): se sugiere tratamiento antibiótico (cefalosporina 1ª generación o amoxicilina-ácido clavulánico) y control evolutivo al 7º y 14º días. Si no se observa mejoría realizar biopsia ganglionar.

#### 5. Niveles de Atención

##### Primer nivel:

Anamnesis- examen físico y pruebas de laboratorio básicas. Con foco etiológico evidente realizar tratamiento antibiótico correspondiente.

##### Segundo Nivel:

Cuando tras la realización de las pruebas complementarias no se llega a un diagnóstico y la sospecha de malignidad o enfermedad sistémica es alta o si la adenopatía persiste, debe remitirse al siguiente nivel asistencial (especialista) para definir conducta ulterior.

#### 6. Control y Seguimiento del Tratamiento

Depende del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad causal de la adenopatía

#### 7. Riesgos de Iatrogenia

1. Falta de derivación oportuna y necesaria
2. Administración empírica de corticoides, sin diagnóstico etiológico.
3. No sospechar un proceso maligno ante adenomegalias persistentes

#### 8. Bibliografía

1. .Sanz,M; Carreras, E. *Manual práctico de hematología clínica*, Adenopatías.(5ºed).
2. .SAP arch-argent. pediatría 2003;101(3)/229.
3. .Arch.argent.pediatr.v.105n.4 Buenos Aires jul/ago. 2007, versión online ISSN 1668.3 501 scielo

4. . Garcia Agudo J. *Estudio del paciente con adenopatías periféricas*. En: AEPaped.cursos de actualización pediatría, 2010.Madrid:Exlibris Ediciones,2010. P31-42
5. .Sociedad Española de Anatomía Patológica. 2015. *Libro blanco de la anatomía patológica, Recomendaciones de los Clubes para el Diagnóstico Anatomopatológico*. (5ªed)