

## LINFOADENOPATÍAS

Autor:

Dra. Alicia Bressan M.P.N° 11483/3

Esp. en Pediatría M.E.N° 3872

Prof. Asistente en la Cátedra de Clínica Pediátrica de la U.N.C.

### 1. DEFINICIÓN

Se refiere al aumento de tamaño de uno o varios ganglios linfáticos, es una manifestación frecuente en pediatría y en la mayoría de los casos se trata de procesos reactivos y de evolución favorable.

En ocasiones puede ser un signo de enfermedades sistémicas o neoplasias.

Los ganglios, suelen ser palpados por los padres, lo cual puede constituir un motivo de preocupación y consulta y a veces son objetivados por el pediatra durante la exploración clínica.

Se consideran normales:

- Ganglios de tamaño inferior a 15 mm en región cervical.
- Ganglios de tamaño inferior a 10 mm en cualquier localización excepto supraclavicular.

Consideraremos ganglios patológicos (linfadenopatías):

- Localización supraclavicular de cualquier tamaño.
- Los de tamaño aumentado según los criterios previos.
- Fijados a piel o tejidos subyacentes.
- Dolorosos a la palpación.
- Eritema o signos inflamatorios en la piel de alrededor

### 2. CLASIFICACIÓN

*Según la extensión:*

Localizadas o regionales: afectan a una zona ganglionar o regiones contiguas (75%)

Generalizadas: intervienen 2 o más zonas ganglionares no contiguas. (25%)

*Según etiología*

Inflamatorias.

Hiperplásica reactiva.

Neoplasia.

### 3. EPIDEMIOLOGÍA

Alrededor del 75% son de localización cervical.

La etiología viral representa el 57%

La etiología bacteriana el 25%.

Las adenopatías causadas por contacto con animales representan el 8%.

Las adenopatías malignas representan el 6% y el 4% se deben a enfermedades autoinmunes, de depósito o por fármacos.

Las adenopatías reactivas más frecuentes (82%) son cervicales y las bacterias provienen de la flora endógena nasal, dental u orofaríngea.

Las adenopatías reactivas del resto del cuerpo (28%) las bacterias provienen de la piel.

Las adenopatías que duran menos de 2 semanas ó más de 1 año sin crecer tienen muy pocas probabilidades de ser malignas.

La localización supraclavicular es la que tiene mayor riesgo de malignidad (90% en > 40 años y 25% en < 40 años).

### 4. ETIOLOGÍA

INFECCIOSA	<p><i>Virus:</i> Mononucleosis infecciosa, Citomegalovirus, Rubeola, Sarampión, VIH/Sida, Herpes, Adenovirus</p> <p><i>Parásitos:</i> Toxoplasmosis</p> <p><i>Hongos:</i> Histoplasmosis, Coccidioidomicosis</p> <p><i>Bacteriana:</i> estreptococo, estafilococo, fiebre tifoidea, brucelosis, sífilis, escarlatina, Enfermedad por arañazo de gato, Linfogranuloma venéreo</p> <p><i>Mycobacterias</i> Tuberculosis y atípicas</p>
NEOPLÁSICAS	<p>Leucemia</p> <p>Linfoma</p> <p>Histiocitosis</p> <p>Neuroblastoma.</p>
INMUNES	<p>Artritis reumatoidea</p> <p>Lupus</p> <p>Dermatomiositis</p>
MEDICAMENTOS	<p>Anticonvulsivantes: carbamazepina</p> <p>Fenitoína.</p> <p>Penicilinas, cotrimoxazol, cefalosporinas</p>
OTRAS	<p>Enfermedad del suero</p> <p>Enfermedades de depósito (Gaucher, Niemann-Pick)</p>

### 5. DIAGNÓSTICO

1. *Anamnesis:* edad, tiempo de evolución, presencia de dolor, fiebre, otros síntomas asociados (odinofagia, anorexia, pérdida de peso, exantemas, etc.).

Otros datos: ingesta de fármacos, contacto con animales, heridas, antecedentes en la familia.

#### 2. Exploración física:

- ¿Es única o múltiple?
- Localización.
- Palpar la consistencia: dura, blanda o elástica.
- Fluctuación.
- Adherencia a planos adyacentes. – Dolor a la palpación.
- Enrojecimiento o edema circundante.
- Presencia de hepatoesplenomegalia.
- Sudoración nocturna
- Pérdida de peso
- Otros signos asociados (respiratorios, cutáneos, ORL, neurológicos).

#### 3. Exámenes complementarios

-Laboratorio:

Hemocito lógico completo

Eritrosedimentación

LDH

Transaminasas

PPD

Serología: Chagas, Rubeola, Epstein Barr, Citomegalovirus, Toxoplasma, Virus Hepatitis B.

Citológico especializado

Medulograma

Biopsia de médula

-Dx por Imágenes  
Ecografía (cuello y abdomen)  
Rx de tórax

## 6. ALGORITMO

### *I. Adenomegalia localizada:*

Datos de historia clínica y exploración

-Adenitis inflamatorias: secundarias a un foco infeccioso en el territorio de drenaje. Son muy frecuentes en las cadenas cervicales y retroauriculares, debido a faringoamigdalitis, otitis e infecciones dentarias. A nivel occipital se producen en presencia de pediculosis. A otros niveles pueden relacionarse con infecciones cutáneas.

Estas adenopatías son de crecimiento rápido, generalmente dolorosas, elásticas, no adheridas.

Las de causa bacteriana pueden mostrar enrojecimiento de la piel circundante, fluctuación y se encuentran los signos sugerentes en la vecindad (exudado faríngeo o amigdalor, otitis media o externa, signos de infección cutánea).

Las de etiología viral son más frecuentes en menores de 3 años, sin signos de localización, múltiples, asociadas a signos inespecíficos y a veces acompañada de exantema característico.

La actuación en estos casos será:

1. Si hay signos de infección bacteriana: tratamiento antibiótico específico.
2. Sospecha de infección viral: tratamiento sintomático.
3. Si aparece fluctuación considerar drenaje o punción-aspiración.
4. Valorar la evolución. Si no es favorable: reevaluación clínica.

### *II. Adenopatías con características de alarma*

1. Localizadas en región supraclavicular.
2. Fiebre de más de una semana de evolución y/o pérdida de peso salvo sospecha de mononucleosis.
3. Adherida a piel y sin signos inflamatorios locales.
4. Hepato-esplenomegalia en > 1 año sin signos sugerentes de infección viral.

En estos casos se realizará:

- Derivación para estudio hospitalario según gravedad (urgente o programada).
- Exploraciones complementarias.
  - Hemograma.
  - VSG.
  - Estudio de coagulación.
  - Bioquímica sanguínea (glucosa, urea, creatinina, electrolitos, ácido úrico, proteínas totales, transaminasas, LDH).
  - Rx tórax.
  - Serología (toxoplasma, CMV, VEB, hepatitis, considerar VIH, lúes).
  - Mantoux.

### *III. Linfadenopatía sin signos de alarma sin diagnóstico definitivo*

Esta categoría incluye a las adenopatías inicialmente clasificadas en la categoría I con evolución no favorable y a las adenopatías de curso subagudo/crónico (1-3 semanas).

En estos casos se requiere la realización de exámenes complementarios en función de los datos de historia, exploración y evolución para llegar al diagnóstico definitivo.

- Mantoux.
- Rx tórax.
- Analítica: hemograma, VSG, bioquímica sanguínea (glucosa, urea, creatinina, electrolitos, ácido úrico, proteínas totales, transaminasas, LDH).
- Serología: toxoplasma, CMV, VEB, hepatitis, considerar VIH, lúes, borrelia, bartonella.

La mayoría de las veces la valoración de las pruebas complementarias, junto con los datos clínicos, evolutivos y antecedentes permiten el diagnóstico definitivo.

Como diagnósticos específicos a debemos considerar en este grupo:

- Adenitis por mycobacteria no tuberculosa: adenopatía con frecuencia unilateral, indolora. El mantoux puede ser débilmente positivo (habitualmente < 10 mm), la Rx de tórax es normal y no hay antecedentes de enfermedad tuberculosa en la familia. Para confirmación es necesario realizar PAAF, con estudio citológico y cultivo en medio de Lowenstein.
- Adenitis tuberculosa: poco frecuente en la actualidad. Es necesario investigar datos epidemiológicos. El mantoux es positivo y la Rx de tórax anormal.
- Enfermedad por arañazo de gato: el antecedente de contacto no es siempre evidente. Se observa lesión de inoculación en el 70% de los casos. Suele ser única y se acompaña de eritema y dolor en la piel circundante. La PAAF puede ser útil. El diagnóstico se realiza mediante cultivo del material del ganglio o por serología.
- Enfermedad de Kawasaki: la adenopatía suele ser unilateral, discretamente dolorosa y de tamaño mayor a 1,5 cm. Se acompaña de fiebre de más de 5 días de evolución, inyección conjuntival bilateral no purulenta, cambios en la mucosa oral (labios agrietados, lengua aframbuesada, eritema), alteraciones en extremidades (enrojecimiento o edema palmo-plantar, descamación distal), exantema polimorfo. El diagnóstico es clínico, debiendo existir al menos 5 de los 6 criterios anteriores. Ante la sospecha se debe derivar a centro hospitalario.

## 7. CRITERIOS DE INTERNACION

Se internan las adenitis bacterianas que no responden al tratamiento vía oral.

Se internan las adenitis sistémicas según el estado clínico del paciente y de las condiciones particulares de algunos tratamientos.

## 8. TRATAMIENTO

Tratamiento específico según etiología.

En las adenomegalias bacterianas agudas sin síntomas sistémicos, se realiza: Cefalexina: 100mg/kg/d cda 6 hs durante 10 a 14 días.

## 9. Riesgos de iatrogenia

Las linfadenopatías son frecuentes en pediatría, este agrandamiento palpable de  $\geq 1$  ganglio linfático en la mayoría de los casos es detectado por los padres y nuestro primer diagnóstico será clínico, por las características de los ganglios, su tamaño, movilidad, dureza, adherencia o no a planos profundos, su ubicación, si son locales o generalizados, si se acompañan o no con otra sintomatología, pero nunca debemos subvalorar la gravedad de los mismos ya que si bien la mayoría son de origen benigno, solo el laboratorio y/o ecografía y probable biopsia nos permitirán el diagnóstico certero, evitando iatrogenias por demora en diagnóstico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. -Dr. Ömer Kartala, Prof. Asoc. Dr. Erman Ataşa y Prof. Asoc. Dr. Orhan Gürsela Diferenciación entre linfadenopatía cervical benigna y maligna mediante ecografía en niños Arch Argent Pediatr 2020;118(1):11-17
2. -Juan Pablo Villegas-Molina<sup>1</sup>, Marianella Yarcé-Prince<sup>1</sup>, et al. Enfoque del paciente con adenopatías generalizadas. Importancia de la estrategia didáctica del estudio de casos clínicos: a propósito de un paciente con linfoma de Hodgkin asociado a una infección por el virus de Epstein-Barr IATREIA32(4) octubre-diciembre 2019