

ADENOPATÍAS ¿CUÁNDO DEBEMOS CORRER?

Pilar Lupiani Castellanos

Pediatra AP .Pertenece a GPI

UGC Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz.



Declaración de potenciales conflictos de intereses

Pilar Lupiani Castellanos

**No tengo potenciales conflictos de intereses en
este tema**



ADENOPATIA:

Aumento del tamaño o alteración de la consistencia de un ganglio linfático.

Hallazgo frecuente , hasta un 50% de los niños sanos.

Son causa de angustia familiar y de solicitud de valoración urgente del paciente



Se consideran tamaños patológicos:

- Cervicales >1 cm de diámetro mayor.
- A nivel inguinal $>1,5$ cm.
- Las claviculares y las epitrocleares de cualquier tamaño
- En neonatos $>0,5$ cm de cualquier localización se consideran siempre patológicas.



Otros criterios patológicos son:

- La consistencia pétrea.
- La adherencia a planos profundos.
- Los bordes irregulares.
- La ulceración de la piel superficial.



La causa más frecuente del aumento del tamaño ganglionar es la infección local o sistémica.

Se produce una hiperplasia funcional que conlleva aumento del tamaño ganglionar.

Tras el cese del estímulo la parte celular del ganglio vuelve a su tamaño habitual, pero el estroma no, por lo que pueden seguir siendo palpables a pesar de la recuperación clínica.



- Las adenopatías de **origen infeccioso** suelen ser blandas, fluctuantes y no adheridas a planos profundos, dolorosas a la palpación y la piel superficial eritematosa y caliente.
- Las **neoplásicas** son duras, adheridas a planos profundos, no suelen doler a la palpación.
- Algunas pueden **fistulizar**, siendo frecuente en las de origen tuberculoso o por micobacterias.



Afectación del estado general.

Fiebre prolongada.

Pérdida de peso.

Adenopatías de consistencia dura y adherida a planos profundas, >2 cm, en localizaciones como la axila, epitroclea o supraclavicular, en ausencia de síntomas infecciosos.

Duración prolongada > 4 semanas.

Deberá ser estudiado y valorado de manera urgente.



Ante la sospecha de malignidad no se debe demorar la derivación ni para la realización de pruebas complementarias



Ante la sospecha de etiología infecciosa (no síntomas de alarma ni de derivación urgente) y después de una anamnesis completa y exploración física, se podrían solicitar determinadas pruebas complementarias para poder filiar el cuadro.



Tabla 1 Pruebas complementarias para el estudio de adenopatías

1º nivel (Atención Primaria)
Hemograma Extensión de sangre periférica si precisa.
Reactantes de fase aguda: PCR, VSG(también para monitorizar respuesta)
Bioquímica: LDH, ácido úrico, transaminasas. (infección, malignidad)
Serología: CMV, VEB, Toxoplasma, Serología dirigida: VIH, Parvovirus, Sífilis, Bartonella, Tularemia,
Rx tórax
Ecografía*

PCR: Proteína C Reactiva. VSG: Velocidad de sedimentación. LDH: Lactado deshidrogenasa.
 CMV: Citomegalovirus. VEB Virus Epstein Barr. VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
 IGRAs: Interferon gamma release assay. ANAs : anticuerpos antinucleares. PAAF: punción
 aspiración con aguja fina. TAC: tomografía axial computarizada. ECG: electrocardiograma
 * La ecografía puede ser de primer o segundo nivel según disponibilidad y accesibilidad.



Las infecciones sistémicas son las causas más frecuentes de **adenopatías generalizadas**, siendo las **virales inespecíficas**, la infección por virus de Epstein Barr , el citomegalovirus o el toxoplasma los más frecuentes. Otras causas, raras pero relevantes, son la TBC miliar, infección por VIH, sífilis en adolescentes o sífilis congénita en lactantes.



Según los resultados obtenidos, el estudio se podrá ampliar a los siguientes niveles.

Si en cualquier momento del estudio y/o la evolución aparecen datos de alarma se deberá derivar de forma inmediata para seguir el estudio a nivel hospitalario.



Tabla 1 Pruebas complementarias para el estudio de adenopatías

3º nivel (Nivel Hospitalario)
Hemocultivo en pico febril
PAAF Limite por falsos (-) Posibilidad de fistulización
Biopsia: - Ganglio/s más patológico/s - Medula ósea
Otros estudios microbiológicos: Histoplasmosis, Gota gruesa. Leishmania
TAC
Ecocardiograma

PCR: Proteína C Reactiva. VSG: Velocidad de sedimentación. LDH: Lactado deshidrogenasa.
 CMV: Citomegalovirus. VEB Virus Epstein Barr. VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
 IGRAs: Interferon gamma release assay. ANAs : anticuerpos antinucleares. PAAF: punción
 aspiración con aguja fina. TAC: tomografía axial computarizada. ECG: electrocardiograma
 * La ecografía puede ser de primer o segundo nivel según disponibilidad y accesibilidad.



Tabla 2 Etiologías frecuentes de adenopatías generalizadas

Etiología	Características
Causas infecciosa.	
Mononucleosis Infecciosa por VEB	Suele presentar fiebre, astenia, faringitis, hepato-esplenomegalia, con afectación simétrica de ganglios linfáticos con aumento de ganglios cervicales anteriores, posteriores, axilares e inguinales.
Sd. Mononucleósico por CMV	Cuadro similar al anterior pero con menos afectación faríngea y ganglionar.
Toxoplasmosis	<p>Por contacto con gatos. Puede ser asintomática sobre todo en individuos inmunocompetentes. Puede cursar con fiebre, malestar, esplenomegalia y exantema.</p> <p>Producida por <i>Toxoplasma gondii</i>, adquirida tras el contacto con gatos o por ingesta de carne cruda o poco cocinada. La infección es sintomática en un 10% de los casos: adenitis cervicales, cansancio, mialgias, no suele haber fiebre. Las adenopatías suelen ser bien definidas, no muy grandes (< 3 cm), sin tendencia a la supuración ni signos inflamatorios locales. Las más frecuentes son cervicales anteriores, suboccipitales o supraclaviculares, axilares e inguinales, de forma aislada o afectar a varias áreas. Puede haber una adenopatía mediastínica. El tratamiento no es necesario en inmunocompetentes.</p>
Infección por virus herpes simple gingivoestomatitis	Fiebre alta y vesículas agrupadas.



Causas no infecciosa.	
Neoplasias primarias:	
Linfoma Hodgkin	Son más propios de niños mayores y excepcionales en menores de 4 años. Generalmente se manifiesta como adenopatía cervical unilateral o supraclavicular que aumentan de tamaño durante semanas o meses sin otra sintomatología. Son adenopatías con consistencia de goma, no dolorosas y no adheridas.
Linfoma no Hodgkin	Tienen una evolución más rápida y se ven en niños más pequeños. Pueden no presentar síntomas sistémicos.
Neoplasias metastásicas:	Hasta un 50% de Leucemia linfoblástica y mieloblástica pueden presentar adenopatías al inicio de la enfermedad. Puede existir hepato-esplenomegalia. Apariencia de enfermedad. Es típica la afectación de los ganglios occipitales. Neuroblastoma y otros tumores. Los neuroblastomas de localización torácica superior o cervical pueden manifestarse como adenopatía supraclavicular y Síndrome de Horner
Fármacos.	Muchos fármacos pueden causar enfermedad del suero con fiebre, malestar, artralgias, prurito, exantema urticarial y adenopatías. La fenitoina puede causar linfadenopatía generalizada en ausencia de enfermedad del suero.
Enfermedades autoinmunes.	Pueden observarse adenopatías en artritis juvenil, lupus eritematoso sistémico (LES), dermatomiositis y sarcoidosis. En el LES el 50% de los pacientes cursan con adenopatías generalizadas, sobre todo axilares, cervicales e inguinales. Son más frecuentes al inicio de la enfermedad y en las exacerbaciones.
Enfermedad granulomatosa crónica.	Inmunodeficiencia primaria que afecta a los fagocitos. Susceptibilidad a infecciones bacterianas y fúngicas severas y recurrentes en varios órganos, neumonía, osteomielitis, piel, abscesos y adenitis supurativa, con frecuencia latero-cervicales.



No debemos pautar corticoides como tratamiento sintomático sin un diagnóstico porque:

- Se puede retrasar un diagnóstico de leucemia/linfoma o histiocitosis.
- Las leucemias/linfomas que han recibido corticoides previos al diagnóstico tienen peor pronóstico y precisan de protocolos de tratamiento más intensivos.
- Se puede empeorar la evolución en los cuadros infecciosos.

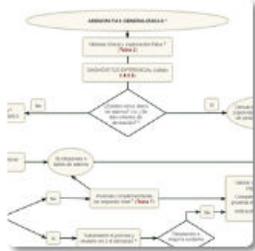


Si consideramos **las adenopatías localizadas** en niños, **las cervicales** son las más frecuentes (se deben descartar otras localizaciones)





Algoritmos



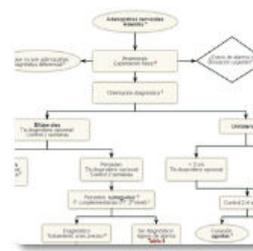
Adenopatías generalizadas

Pilar Cocho Gómez
 Centro de Salud Segovia 3, Segovia
 Miembro del Grupo de Trabajo de Patología Infecciosa de AEPap

María Rosa Albañil Ballesteros
 C.S. Cuzco Fuenlabrada, Madrid
 Miembro del Grupo de Trabajo de Patología Infecciosa de AEPap.

María José Martínez Chamorro
 Centro de Salud Polanco, Polanco, Cantabria
 Miembro del Grupo de Trabajo de Patología Infecciosa de AEPap.

Publicado el 15-06-2016



Adenopatías cervicales. Adenitis

María José Martínez Chamorro
 Centro de Salud Polanco, Polanco, Cantabria
 Miembro del Grupo de Trabajo de Patología Infecciosa de AEPap.

María Rosa Albañil Ballesteros
 C.S. Cuzco Fuenlabrada, Madrid
 Miembro del Grupo de Trabajo de Patología Infecciosa de AEPap.

Pilar Cocho Gómez
 Centro de Salud Segovia 3, Segovia
 Miembro del Grupo de Trabajo de Patología Infecciosa de AEPap.

Publicado el 13-10-2016



CASO CLÍNICO.- 1

Paciente de 3 años.

Fiebre de 39,2°C.

Adenopatías latero-cervicales dolorosas.

Hiperemia amigdalар con secreción.

Dolor abdominal, sin palpación de masas ni megalias.

No TDR.

Diagnóstico: Amigdalitis aguda.

Tratamiento: amoxicilina 50mg/kg/día. Una dosis al día 10 días



CASO CLÍNICO.-1

- A las 48h continua con fiebre alta, dificultad para tragar y babeo continuo.
- Analítica: Hemograma: linfocitosis con linfocitos estimulados.
Bioquímica: GOT:70, GPT:60, LDH: 375
Paul Bunell negativo.
- Aparición de exantema cutáneo

Diagnóstico: **MNI**

Serología posterior IgM VEB + al mes, bioquímica normalizada.



La forma más frecuente es la presentación de adenopatías **cervicales agudas bilaterales.**

Reactivas y asociadas a infecciones por virus respiratorios, VEB, CMV y otros.

Curso autolimitado, disminuyendo de tamaño en 1-2 semanas, con una resolución completa como máximo en 4 semanas.

No pruebas complementarias, salvo que se acompañen de síntomas generales.

Se pueden tratar con AINES.



Adenopatías cervicales subagudas o crónicas bilaterales son las que persisten durante más de 4 semanas y crónicas más de 6 semanas.

Las causas más frecuentes son la MNI por VEB, Síndrome mononucleósico por CMV e infecciones por *Toxoplasma gondii*. Debido a su evolución subaguda/crónica se recomienda realizar pruebas complementarias para confirmar el diagnóstico y realizar el tratamiento según la causa.



El Síndrome PFAPA (Periodic Fever, Adenopathy, Pharyngitis and Afthae):

Enfermedad autoinflamatoria.

Episodios periódicos de fiebre, malestar general, estomatitis aftosa, faringitis, cefalea y adenopatías cervicales bilaterales.

Elevación de reactantes de fase aguda.

Frotis faríngeo negativo.

Tratamiento, prednisona.

Los episodios se suceden cada 3 a 9 semanas. Aparece en menores de 5 años y desaparece alrededor de los 10 años.



CASO CLÍNICO.-2

Paciente de 5 años.

Fiebre de 39,5°C.

Dolor latero-cervical.

Hermano de 9 años tratado por amigdalitis

Exploración:

Hipertrofia amigdalar sin exudado.

Adenopatía submandibular izquierda 5x3 cm.

Se solicita Frotis faríngeo

Diagnóstico: Amigdalitis aguda+ adenopatía secundaria.

Tratamiento: amoxicilina 50mg/kg/día. Una dosis al día 10 días



CASO CLÍNICO.-2

- 24h después empeoramiento con aumento del tamaño de la adenopatía 6x4 cm, con enrojecimiento de la piel que lo cubre.

Se mantiene el dolor y la fiebre.

Dificultad apertura bucal

Hemograma: leucocitosis con neutrofilia.

Transaminasas normales.

PCR 17

P. Bunell negativo.

Se le ingresa y se le pauta antibióticos iv.



CASO CLÍNICO.-2

- A las 48h del ingreso:
 - Inyección conjuntival.
 - Fisuras labiales.
 - Se mantiene la adenopatía.
 - Aparición de exantema generalizado.
- Analítica GOT 419, GPT 562, PCR 11 VSG 95

Cambio diagnóstico **Enfermedad de Kawasaki.**

Tratamiento con Ig + AAS.

Afebril en 24 horas.

Estudio Cardiológico normal.



Las adenopatías cervicales agudas unilaterales suele ser de causa bacteriana (60-80 %), siendo los *S. pyogenes* y *S. Aureus* los más frecuentes.

Si < 2cm, con signos inflamatorios leves y sin afectación sistémica, medir, registrar y control evolutivo en dos semanas.

Se pueden recomendar antiinflamatorios tipo AINES (ibuprofeno), **pero nunca corticoides.**



Entre 2-3 cm con signos inflamatorios o síntomas generales moderados (fiebre, malestar), se debe realizar tratamiento antibiótico empírico que cubra *S. aureus* y *S. pyogenes*, previa recogida de muestras: cultivo de frotis faríngeo o detección de antígeno estreptocócico, cultivo del exudado de las lesiones cutáneas, si lo hubiera.

No respuesta en 48-72 horas (descenso de la fiebre, la inflamación y el dolor) habrá que ampliar las pruebas complementarias a causas menos frecuentes (PAAF si no realizada previamente) y ampliar el espectro antibiótico.

Si hay fluctuación o absceso (puede precisar una ecografía para confirmar su existencia), derivar a cirugía para drenaje.



Si > 3cm y presenta síntomas generales y/o signos inflamatorios importantes derivar para estudio. En el diagnóstico diferencial se debe incluir la enfermedad de Kawasaki.



Si la adenopatía persiste > 2 cm sin disminución tras el tratamiento antibiótico o al cabo de 2 semanas, si ha aumentado de tamaño, si no hay sospecha diagnóstica o presenta más de 4-6 semanas de evolución, derivación hospitalaria y pruebas de 3^{er} nivel (biopsia).



CASO CLÍNICO.-3

Paciente de 15 meses.

Afebril.

Adenopatía cervical 3 cm, no adherida a planos profundos, consistencia media.

Resto de exploración rápido.

Diagnóstico: Adenopatía.

Tratamiento: amoxicilina-clavulánico.

Evolución: a la semana de tratamiento mide 2 cm.

Se solicita analítica, hemograma normal.



CASO CLÍNICO.-3

- A las 3 semanas de nuevo aumento de tamaño y eritema suprayacente.
- Comienza a fluctuar.
- Se le añade antibiótico tópico.

Continua estudio:

- Rx tórax normal.
- Mantoux 10cm.
- PAFF+ micobacterias.

Tratamiento: exeresis



Micobacterias no tuberculosas o atípicas, son ubicuas en el suelo y probablemente se adquieren por ingesta. La mayoría son por *Mycobacterium avium* complex y *M. scrofulaceum*. Se presentan en niños pequeños, entre 1 y 5 años.

La adenopatía suele ser submandibular, con un tamaño moderado, hasta 3 cm de diámetro. La adenopatía superficial a veces es el marcador de un grupo de adenopatías profundas.

La evolución puede ser rápida (2-3 semanas). La piel superficial adquiere un color violáceo y se adelgaza. Evolucionan hacia fluctuación (50%) y la aparición de fístulas (10%). No es dolorosa y no suele haber síntomas sistémicos o son leves.



No hay antecedentes de contacto con tuberculosis, la Rx de tórax y VSG suelen ser normales y la prueba de tuberculina en caso de ser positiva (20-60%) es < 15 mm (entre 5-9 mm).

El tratamiento de elección es la exéresis completa y precoz (evitar el drenaje por la tendencia a la fistulización). Si las adenopatías son de pequeño tamaño o hay rechazo de la cirugía: observación.

Tratamiento médico indicado, si la cirugía no es posible, con dos antibióticos, azitromicina o claritromicina a dosis habituales más rifabutina o etambutol, ajustando según antibiograma y mantenerlo al menos 6 meses (aunque no hay consenso).



Toxoplasmosis, *Toxoplasma gondii*, adquirida tras el contacto con gatos o por ingesta de carne cruda o poco cocinada.

Asintomática sobre todo en individuos inmunocompetentes.

La infección es sintomática en un 10% de los casos, puede cursar con fiebre, malestar, esplenomegalia, exantema y adenitis cervicales, cansancio, mialgias.

Las adenopatías suelen ser bien definidas, no muy grandes (< 3 cm), sin tendencia a la supuración ni signos inflamatorios locales. Las más frecuentes son cervicales anteriores, suboccipitales o supraclaviculares, axilares e inguinales, de forma aislada o afectar a varias áreas. Puede haber una adenopatía mediastínica.

El tratamiento no es necesario en inmunocompetentes.



Enfermedad por arañazo de gato. *Bartonella henselae*: Antecedente de contacto con crías de gato y arañazo o contacto con mucosas varias semanas antes.

Puede haber una pápula en el lugar de inoculación.

La adenopatía es regional, axilares (52%) y las cervicales (28%), también supraclavicular o epitrocLEAR.

Con frecuencia es >4 cm, algo dolorosa, sin signos inflamatorios.

Presentan supuración en 30-50% Puede aparecer fiebre en el 25% de los casos.

El diagnóstico es serológico. Con enfermedad leve o moderada el tratamiento es sintomático, con remisión espontánea en 1 - 4 meses.



Tuberculosis ganglionar o escrófula. Cualquier edad. Suele haber antecedente de exposición a TBC. Son una parte del complejo primario tuberculoso. Son grandes, gomosas y no dolorosas. Suelen ser de localización cervical más baja que las no-TBC, afectando a cadenas cervicales posteriores, axilares y supraclaviculares. Raramente son generalizadas en el curso de una diseminación hematógica. Suele ser bilaterales, aunque pueden predominar en el lado derecho.



Es raro que la adenopatía fluctúe, pero en este caso pueden producir supuración crónica. Puede haber fiebre y otros síntomas sistémicos. Infecciones respiratorias agudas no TBC pueden precipitar o agravar la adenitis TBC, dando lugar a dolor e inflamación local; también puede haber sobreinfección bacteriana. El mantoux y los IGRAs son positivos (PT con frecuencia > 15 mm) y la VSG elevada. La Rx tórax presenta lesiones de TBC pulmonar en el 30-70 % de los casos.



CONCLUSIONES:

Hiperplasia reactiva:

↑ 2^{ri}o a infecciones en área de drenaje.

Faringitis

Infecciones cutáneas.

Infecciones virales.

MNI.

Rubeola, sarampión, varicela.



CONCLUSIONES:

Signos de malignidad:

De las adenopatías:

Supraclaviculares, axilares
> 3cm

Duras y gomosas

Adheridas a planos inferiores

Generalizadas sin filiar.

Progresión.



CONCLUSIONES:

Signos de malignidad:

De la clínica:

Disminución del peso.

Fiebre más de 1 semana

Sudoración.

Hepatoesplenomegalia.



CONCLUSIONES:

Signos de malignidad:

De la evolución:

> 2semanas.

Larga duración sin desaparecer.

No respuesta a tratamiento antibiótico.



CONCLUSIONES:

Signos de malignidad:

De las pruebas complementarias:

Citopenias

Alteraciones bioquímicas, LDH, acido

úrico

Alteración VSG, PCR.

Rx torax alterada.

