

Programa Integral de Formación Continuada en Atención Primaria

TEMA 4

Adenopatías en la infancia

M. Baro Fernández

Unidad de Hemato-Oncología Infantil. Hospital «12 de Octubre». Madrid

Objetivos del aprendizaje

- **Conocer las características fisiológicas de las adenopatías en la infancia.**
- **Conocer los signos de alarma en una adenopatía que sugieran una enfermedad grave subyacente.**
- **Conocer la pauta diagnóstica y terapéutica apropiada ante una adenopatía con signos de alarma y en ausencia ellos.**

La presencia de adenopatías en la exploración física constituye un hecho muy común en pediatría. Se estima que están presentes en el 44% de los niños sanos menores de 5 años y en hasta el 64% de los que consultan por enfermedad. Es habitual que diferentes patógenos atraviesen diversas barreras cutáneas o mucosas y alcancen los ganglios linfáticos regionales, donde provocarán una activación del sistema mononuclear fagocítico y la consiguiente activación y expansión de linfocitos B y T. Todo ello ocasiona un aumento de tamaño del ganglio linfático implicado, dando lugar a una adenopatía. Por lo tanto, en la mayor parte de los casos, las adenopatías en los niños reflejan respuestas transitorias ante infecciones benignas en un huésped cuyo sistema inmunitario todavía es inmaduro. Sin embargo, las adenopatías pueden constituir también la primera manifestación de una enfermedad potencialmente grave, como neoplasias sólidas o hematológicas, cuyo diagnóstico precoz puede tener implicaciones pronósticas.

Causas

Las causas de las adenopatías en los niños son múltiples. Desde el punto de vista fisiopatológico, es posible clasificar las adenopatías en función del tipo de células responsables del crecimiento del ganglio linfático:

1. *Hiperplasia reactiva.* Consiste en el aumento del número de los componentes celulares habituales de un ganglio linfático en respuesta a un estímulo antigénico de origen infeccioso o inmunoalérgico. Es la causa más frecuente de adenopatías en la infancia, y el mecanismo responsable de su aparición en infecciones víricas o enfermedades del colágeno.

2. *Adenitis inflamatorias.* El aumento del tamaño del ganglio linfático es secundario a la infiltración por neutrófilos y se produce en respuesta a un foco infeccioso, generalmente bacteriano, en su territorio de drenaje. Las bacterias más implicadas con mayor frecuencia son *S. aureus* y *S. pyogenes*.

3. *Adenopatías linfoproliferativas.* Se produce una infiltración por células tumorales de origen linforreticular, con afectación primariamente ganglionar (linfoma de Hodgkin y linfoma no hodgkiniano), o con afectación ganglionar secundaria a neoplasias con origen en la médula ósea (leucemia aguda linfoblástica y mieloides).

4. *Adenopatías tumorales metastásicas.* Es la infiltración por células neoplásicas procedentes de tumores sólidos localizados en el territorio de drenaje de los ganglios afectados. Los tumores pediátricos más frecuentemente asociados a la aparición de adenopatías son el neuroblastoma, el rabdomiosarcoma, el tumor de Wilms, el



Temas disponibles en:
www.sietediasmedicos.com

Evaluación y diplomas en:
www.aulamayo.com

Cada tema está acreditado por el
Consell Català de Formació Continuada
de les Professions Sanitàries-
Comisión de Formación Continuada del
Sistema Nacional de Salud con
5,5 créditos



Pediatría. Urgencias pediátricas en atención primaria

1. Valoración inicial del niño grave en atención primaria.
Derivación a las urgencias pediátricas hospitalarias

SÓLO DISPONIBLES EN

www.sietediasmedicos.com

2. Fiebre sin foco en el lactante
3. Tratamiento del dolor en el niño
4. Adenopatías en la infancia
5. Infecciones respiratorias: etiología, diagnóstico y tratamiento
6. Urgencias endocrinológicas pediátricas



carcinoma de tiroides y el carcinoma nasofaríngeo.

5. *Adenopatía reticulohistiocitaria «tumoral»*. Consiste en la proliferación no controlada de células del sistema reticuloendotelial en enfermedades como la histiocitosis de células de Langerhans o el síndrome hemofagocítico.

6. *Adenopatía reticulohistiocitaria asociada a enfermedades de depósito*. Se produce un aumento del tamaño de un ganglio linfático secundario a la presencia de macrófagos cargados de lípidos (enfermedad de Gaucher y enfermedad de Niemann-Pick).

Aproximación diagnóstica inicial

Dado que las adenopatías en los niños, aunque en muchos casos son fisiológicas, también pueden corresponder a una enfermedad potencialmente grave, hay que establecer pautas que permitan individualizar la actitud que seguir para evitar tanto la realización de pruebas complementarias innecesarias como su omisión en aquellos casos subsidiarios de estudios más amplios. Proponemos un esquema de diagnóstico basado en responder de forma sucesiva las siguientes preguntas:

- Puesto que las adenopatías en el niño pueden ser fisiológicas, es necesario distinguir si, en cada caso concreto, la presencia de un ganglio palpable es normal o no.
- Puesto que las causas de adenopatías son numerosas y banales, en la mayoría de los casos es necesario saber en qué circunstancias un ganglio patológico puede ser la manifestación de una enfermedad grave (adenopatía de alto riesgo) y en qué otras situaciones probablemente correspondan a enfermedades banales (adenopatía de bajo riesgo).

Características de las adenopatías fisiológicas en la infancia

Un ganglio linfático fisiológico en un niño es aquel que aparece fuera del periodo neonatal, es indoloro, no está adherido ni a la piel ni a los tejidos subyacentes, está cubierto por piel normal, no muestra signos inflamatorios y en general mide menos de 1 cm. En la tabla 1 se de-

tallan las características diferenciales entre los ganglios linfáticos patológicos y los no patológicos.

La aparición de adenopatías en el primer mes de vida debe considerarse siempre patológica. Respecto al tamaño, es esencial considerar la localización para definir aquello que resulta fisiológico o no:

a. Los ganglios cervicales e inguinales están más expuestos a las infecciones, en el primer caso en relación con procesos dentales, originados en el área ORL, y en el segundo caso en asociación a pequeños traumatismos en las extremidades inferiores; por este motivo, se considera normal que alcancen un tamaño de hasta 1,5 cm.

b. Los ganglios epitrocleares (que recogen el drenaje linfático de la mano y el antebrazo) rara vez se encuentran aumentados en ausencia de enfermedad, por lo que se consideran patológicos cuando su tamaño supera los 0,5 cm.

c. La presencia de adenopatías supraclaviculares (los ganglios de esta zona recogen el drenaje linfático del mediastino en el lado derecho y del abdomen en el lado izquierdo) se considera siempre patológica. Esta clase de adenopatía está relacionada con procesos malignos hasta en el 75% de los casos.

d. En el resto de las localizaciones, se considera fisiológico un tamaño de hasta 1 cm.

Evaluación inicial de una adenopatía patológica en la infancia

Una vez se ha establecido que el paciente presenta una adenopatía patológica, la primera distinción entre una adenopatía de alto o bajo riesgo, distinción que va a

condicionar la conducta ulterior, debe basarse en la anamnesis y en la exploración física. Debe realizarse una historia clínica dirigida que recoja el tiempo de evolución, los síntomas locales asociados (sobre todo dolor), los signos y síntomas sistémicos asociados (fiebre, sudoración, pérdida de peso, anorexia, astenia), los antecedentes de viajes recientes o de toma de fármacos, el contacto con animales y los antecedentes de ingestión de leche no pasteurizada. Asimismo, se debe llevar a cabo una exploración física detallada que determine si el paciente presenta una adenopatía única (afectación de un único territorio ganglionar) o generalizada (afectación de dos o más territorios ganglionares) y si existe hepatomegalia o esplenomegalia asociada; también hay que efectuar una exploración física cuidadosa del territorio de drenaje del ganglio afectado en busca de su origen (tabla 2). Igualmente, la exploración debe permitir diferenciar entre adenopatías y otras masas que pueden aparecer en la misma localización, fundamentalmente malformaciones relacionadas con el arco branquial cervical o hernias inguinales. Por último, la exploración local del ganglio debe recoger la localización, el tamaño (preferiblemente determinado de forma objetiva con cinta métrica o similar), la consistencia y adherencia a la piel o los tejidos profundos, y la presencia o ausencia de signos inflamatorios locales.

Adenopatías de alto riesgo

Se consideran signos de alarma en una adenopatía la presencia de cualquiera de las siguientes características: localización supraclavicular, asociación a síntomas sistémicos no explicados (como

Tabla 1. Características diferenciales entre los ganglios linfáticos patológicos y los no patológicos

	Ganglios patológicos	Ganglios normales
Localización	Supraclavicular	Otras
Tamaño	>1 cm >1,5 cervical o inguinal >0,5 cm epitrocLEAR	<1 cm <1,5 cervical o inguinal <0,5 cm epitrocLEAR
Adherencia	Fijados a la piel o las estructuras subyacentes	Móviles
Dolor	Dolorosos	Indoloros
Inflamación	Presente	Ausente
Edad	Periodo neonatal	Otras

fiebre de más de una semana de duración, pérdida de peso superior al 10% o sudoración profusa), tamaño superior a 3 cm en ausencia de signos inflamatorios locales, ganglio patológico sin signos inflamatorios adherido a la piel o a tejidos profundos, hepatomegalia o visceromegalia en ausencia de otros signos y síntomas de enfermedad benigna como mononucleosis infecciosa u otra similar, y adenopatía de tamaño superior a 1 cm de aparición en el periodo neonatal.

Actitud ante una adenopatía de alto riesgo

La presencia de signos de alarma en una adenopatía no presupone gravedad; de hecho, la mayoría de veces se tratará de enfermedades banales. No obstante, las características mencionadas hacen más probable que el paciente presente una enfermedad importante. Así, los niños con adenopatías de estas características son candidatos a una evaluación diagnóstica precoz. El ámbito (asistencia primaria o especializada) y la premura en la realización de la citada evaluación dependerán fundamentalmente del estado general del paciente (figura 1).

Pruebas complementarias iniciales en el paciente con adenopatía de alto riesgo

Los análisis iniciales deben incluir un hemograma y velocidad de sedimentación globular (VSG), una bioquímica sanguínea con determinación de lactatodeshidrogenasa y ácido úrico, una prueba de Mantoux y una radiografía de tórax. Además, en función de la sospecha diagnóstica inicial, deberá incluirse también una serología para el virus de Epstein-Barr, citomegalovirus, toxoplasmosis y *Bartonella henselae*, además de un cultivo faríngeo para estreptococo del grupo A y una ecografía de la región ganglionar implicada si se sospecha una infección local complicada. Si todas estas pruebas no permiten establecer un diagnóstico y se obtienen unos resultados normales, es posible o bien adoptar una actitud expectante, o bien realizar una prueba terapéutica (como en el caso de adenopatías de bajo riesgo), una punción aspirativa con aguja fina o una biopsia de la adenopatía. La elección entre la adopción de una

Tabla 2. Territorios de drenaje de los principales grupos ganglionares

Grupo ganglionar	Territorio de drenaje
Occipital	– Cuello y parte posterior del cuero cabelludo
Auricular posterior	– Región parietal y temporal del cuero cabelludo
Preauricular	– Párpados, conjuntiva ocular, conducto auditivo externo, parótida y parte anterior del cuero cabelludo
Submentoniano	– Suelo de la boca y labio inferior
Submandibular	– Mucosa de la boca, labio superior, lengua, nariz y glándula submaxilar
Cervical	– Orofaringe, cuello y cráneo
Supraclavicular	– Derecho: parte inferior del cuello y mediastino – Izquierdo: parte inferior de cuello y abdomen superior
Axilar	– Hombro, brazo, pared torácica y parte superior de la pared abdominal
EpitrocLEAR	– Codo, antebrazo y mano
Inguinal	– Pierna, pie y genitales
Poplíteo	– Rodilla y parte posterior de la pierna

conducta expectante o la realización de pruebas debe tomarse individualmente en función de cada paciente. Las circunstancias para indicar una punción aspirativa o una biopsia son: a) adenopatías de localización supraclavicular; b) sínto-

mas sistémicos no explicados; c) ganglios adheridos sin signos de alarma y alteraciones mediastínicas evidenciadas en la radiografía de tórax (figura 2); d) aparición de citopenias en el hemograma, y e) VSG superior a 50 mm/h.

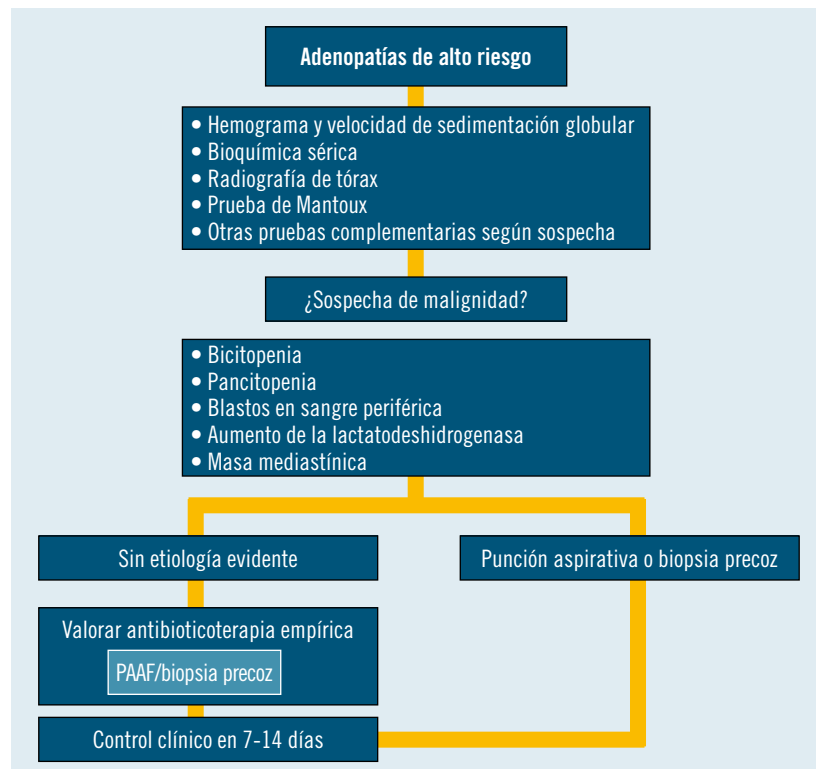


Figura 1. Actitud diagnóstica ante adenopatías de alto riesgo



Figura 2. Radiografía de tórax en la que se evidencia un ensanchamiento mediastínico con efecto masa, más marcado en la parte izquierda. Corresponde a un varón de 6 años que consultó por adenopatía laterocervical izquierda de 4,5 cm de varias semanas de evolución. El diagnóstico anatomopatológico fue de enfermedad de Hodgkin

Actitud ante una adenopatía de bajo riesgo

Todas las adenopatías patológicas que no cumplen los criterios de riesgo antes señalados se consideran de bajo riesgo. De nuevo, esta clasificación no presupone su gravedad, y algunas de estas adenopatías pueden corresponder a enfermedades graves, pero, por sus características, esto es menos probable, y no existe excesiva premura en su valoración. En estos casos es posible que, tras realizar la anamnesis y exploración física, el diagnóstico etiológico resulte evidente (faringoamigdalitis por *S. pyogenes*, adenitis supurada o adenopatías relacionadas con una infección respiratoria de vías altas). Cuando tras la valoración inicial el diagnóstico no resulte evidente, existen dos opciones: o adoptar una actitud expectante y efectuar controles clínicos semanales o bisemanales, o administrar un ciclo de tratamiento antibiótico empírico durante 10-14 días con cobertura frente a *S. aureus* y *S. pyogenes*. Las pautas de antibioterapia empírica indicadas en estos casos son: a) cefadroxilo por vía oral, 30 mg/kg/día, en 2 dosis (máximo 1 g por dosis); b) amoxicilina-ácido clavulánico por vía oral 40 mg/kg/día, en 3 dosis (máximo 1 g por dosis); o c) trimetoprim-sulfametoxazol por vía oral, 10 mg/kg/día de trimetoprim en 2 dosis (máximo 160 mg por dosis).

RECOMENDACIONES PRÁCTICAS

- Cabe recordar que las adenopatías en la infancia en muchos casos son fisiológicas. Por tanto, pueden constituir un hallazgo normal en la exploración física, y no requieren la realización de pruebas complementarias.
- La anamnesis y la exploración física (general, del ganglio afectado y de su territorio de drenaje) constituyen la base para distinguir entre adenopatías fisiológicas y patológicas, y también entre las adenopatías que pueden corresponder a una enfermedad grave y las que no.
- Las adenopatías de alto riesgo (es decir, las de localización supraclavicular, de aparición en el periodo neonatal, asociadas a hepatoesplenomegalia o síntomas sistémicos no justificados, o con un tamaño superior a 3 cm sin signos inflamatorios) precisan una valoración diagnóstica precoz, y cabe considerar la posibilidad de realizar una punción aspirativa o una biopsia.
- En las adenopatías de bajo riesgo, puede adoptarse una actitud expectante o bien instaurar una pauta de antibioterapia empírica. La reevaluación del paciente, con periodicidad semanal o bisemanal, es esencial para definir la conducta posterior.

En caso de crecimiento o ausencia de regresión de las adenopatías pese al tratamiento antibiótico o tras el periodo de observación inicial, una vez transcurridas 2-4 semanas está indicada la realización de una primera evaluación como la especificada en el apartado anterior. Los criterios para indicar una punción aspirativa o una biopsia diferida en estos casos son: a) aumento progresivo del tamaño en las dos semanas de seguimiento; b) ausencia de modificación del tamaño en 4-6 semanas de seguimiento; c) ausencia de normalización del tamaño, pese a haber disminuido, tras 12 semanas de seguimiento; d) alteraciones mediastínicas en la radiografía de tórax o aparición de citopenias en el hemograma, y e) VSG superior a 50 mm/h.

Linfadenitis por micobacterias atípicas

Las infecciones por micobacterias atípicas son una causa habitual de linfadenitis cervical subaguda o crónica (evolución superior a 6 semanas) en niños, sobre todo en los de 1-5 años de edad. Las micobacterias implicadas con mayor frecuencia son *Mycobacterium avium intracellulare*, *Mycobacterium kansasii*, *Mycobacterium scrofulaceum* y *Mycobacterium marinum*.

Clínicamente, se caracterizan por la presencia de una adenopatía indolora de crecimiento progresivo y por el desarro-

llo paulatino de eritema o color violáceo en la piel suprayacente. En ausencia de tratamiento, es habitual la abscesificación y la fistulización al exterior.

En caso de sospecha de infección por micobacterias (por la presencia de las características clínicas antes mencionadas o como parte del estudio de adenopatía cervical sin signos de alarma que no mejora pese al tratamiento antibiótico empírico), está indicada la realización de una prueba de Mantoux, que suele ser positiva (habitualmente entre 5 y 10 mm de induración, aunque puede llegar a superar los 10 mm). La incisión y el drenaje están contraindicados en el tratamiento de infecciones por micobacterias, por el considerable riesgo de fistulización y evolución a la cronicidad de la infección. La escisión quirúrgica del ganglio afectado se considera el tratamiento de elección, pues ha demostrado su superioridad frente al tratamiento antibiótico. Cuando, debido a la localización de la adenopatía, exista riesgo de lesión de las estructuras vasculonerviosas próximas (sobre todo el nervio facial) o de secuelas estéticas importantes, la escisión está contraindicada. En estos casos, la pauta antibiótica de elección es la combinación de rifabutin (5 mg/kg/día en 1 dosis única; máximo 300 mg por dosis) y claritromicina (15 mg/kg/día en 2 dosis, máximo 500 mg por dosis), que se mantendrá durante 3-6 meses. ■