



8.- ADENOMEGALIAS

Definición

Ganglios linfáticos de tamaño, número o consistencia anormal.

Clasificación

- *De acuerdo a la localización:*
 - Regionales o localizadas: con afección de un ganglio o grupo ganglionar de una sola región del cuerpo.
 - Generalizada: afectación de ganglios linfáticos de dos o más regiones.

- *Etiológica:*

Causas de adenomegalias localizadas

GRUPO GANGLIONAR Y REGIÓN DE DRENAJE	CAUSAS POSIBLES
Occipitales: <ul style="list-style-type: none"> • Cuero cabelludo (parte posterior) • Nuca 	<ul style="list-style-type: none"> • Infecciones locales • Dermatitis seborreica • Pediculosis • Linfomas
Preauriculares y parotídeos: <ul style="list-style-type: none"> • Globo ocular (parte lateral) • Conjuntivas • Piel de zona temporal • Pabellón auricular • Conducto auditivo externo • Labio superior • Mejilla • Parótida 	<ul style="list-style-type: none"> • Infecciones locales • Enfermedad de Chagas • Linfomas • Metástasis • Adenovirus 3 (fiebre faringoconjuntival) y 8 (queratoconjuntivitis epidémica) • Conjuntivitis de inclusión neonatal • Tracoma • Tularemia
Submaxilares y submentonianos: <ul style="list-style-type: none"> • Mucosa de labios y boca • Dientes • Submaxilar • Sublingual 	<ul style="list-style-type: none"> • Infecciones bacterianas (estreptococo, estafilococo, neumococo) • Infecciones respiratorias altas virales • Infecciones locales • Tuberculosis • Linfomas • Metástasis
Cervicales superficiales: <ul style="list-style-type: none"> • Oído externo • Parótida 	<ul style="list-style-type: none"> • Micobacterias atípicas • Actinomicosis • Enfermedad por arañazo de gato
Cervicales profundos superiores: <ul style="list-style-type: none"> • Lengua 	
Cervicales profundos inferiores, escalenos y supraclaviculares: <ul style="list-style-type: none"> • Cuello • Brazo • Pared torácica • Pulmones • Mediastino 	
Axilares: <ul style="list-style-type: none"> • Brazo • Mama • Pared torácica • Abdomen (pared lateral) 	<ul style="list-style-type: none"> • Vacunas • Infecciones locales • Linfomas • Metástasis • Tuberculosis • Enfermedad por arañazo de gato • Mordedura de rata (sodoku)
Epitrocleares: <ul style="list-style-type: none"> • Mano y brazo (lado cubital) 	<ul style="list-style-type: none"> • Infecciones locales • Linfomas • Sarcoidosis
Inguinales: <ul style="list-style-type: none"> • Genitales • Periné • Región glútea • Canal anal • Extremidad inferior 	<ul style="list-style-type: none"> • Infecciones locales • Linfomas • Metástasis • Linfogranuloma venéreo • Chancroide • Peste bubónica
Poplíteos: <ul style="list-style-type: none"> • Rodilla • Pierna y pie (parte lateral) 	<ul style="list-style-type: none"> • Infecciones locales • Linfomas

Causas de adenomegalias generalizadas

Infecciones	<ul style="list-style-type: none">• Virus<ul style="list-style-type: none">- Mononucleosis infecciosa- CMV- Rubéola- Varicela- HIV- Otros (herpesvirus, adenovirus, hepatitis, etc.)• Bacterias<ul style="list-style-type: none">- Tuberculosis- Sífilis- Fiebre tifoidea- Brucelosis- Difteria- Infecciones piógenas- Salmonelosis• Parásitos<ul style="list-style-type: none">- Toxoplasmosis- Leishmaniasis (visceral y cutánea)- Paludismo- Filariasis• Hongos<ul style="list-style-type: none">- Histoplasmosis- Coccidioidomicosis- Otros
Neoplasias	<ul style="list-style-type: none">• Leucemias• Linfomas (Hodgkin y no Hodgkin)• Histiocitosis• Neuroblastoma• Metastasis• Mielofibrosis con metaplasia mielóide ganglionar
Fármacos	<ul style="list-style-type: none">• Hidantoinatos• Otras (carbamazepina, cefalosporinas, PAS, fenilbutazona, primidona, pirimetamina, sales de oro, sulfas, alopurinol, atenolol, etc.)
Enfermedades autoinmunes	<ul style="list-style-type: none">• Artritis reumatoidea juvenil• Lupus eritematoso sistémico• Dermatomiositis• Enfermedad mixta del tejido conectivo• Anemia hemolítica autoinmune• Enfermedad de Kawasaki
Hipersensibilidad	<ul style="list-style-type: none">• Enfermedad del suero• Reacción anafiláctica
Tesaurismosis	<ul style="list-style-type: none">• Gaucher• Niemann-Pick• Fabry• Tangier
Otras	<ul style="list-style-type: none">• Hipertiroidismo• Sarcoidosis• Histiocitosis sinusoidal con linfadenopatía masiva• Síndrome linfoproliferativo postrasplante• Enfermedad granulomatosa crónica• Enfermedad de Kimura• Cistinosis

Enfoque Clínico

Formular un diagnóstico diferencial exige considerar varias características importantes:

- Edad del paciente:

En general no se palpan en el neonato.

Es normal que durante la primera infancia haya ganglios linfáticos palpables en las regiones cervical, axilar e inguinal.

- Tamaño de los ganglios:

Tamaño de los ganglios linfáticos según las distintas regiones:

Axilar y cervical --- hasta 1 cm

Inguinal ----- hasta 1.5 cm.

EpitrocLEAR-----hasta 0.5 cm.

El riesgo de tumor maligno subyacentes aumenta cuanto mayor es el tamaño del ganglio.

- Características de los ganglios:

La adenomegalia dolorosa a la palpación asociada a eritema, calor, induración o fluctuación suele ser de origen infeccioso.

Los ganglios blandos y móviles suelen ser benignos.

En los ganglios duros se debe sospechar malignidad, y en los fijos o arracimados: tumores invasivos o inflamación del tejido circundante (TBC o sarcoidosis).

- Ubicación de los ganglios :

La ubicación puede orientar al médico clínico en una investigación minuciosa de posibles fuentes de infección.

Adenopatías cervicales agudas bilaterales: son las más frecuentes. La etiología principal es el cuadro viral de vías respiratorias altas por enterovirus, adenovirus, virus influenza, virus herpes simple y herpesvirus tipo 6, entre otros. Agentes menos frecuentes son *Mycoplasma pneumoniae* y *Streptococcus pyogenes*.

Adenopatías cervicales agudas unilaterales: originadas con frecuencia por agentes bacterianos, principalmente *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes*, responsables del 40-80% de los casos.

Puede haber fiebre o afectación del estado general. Su tamaño varía (3-6 cm) y la movilidad es escasa, con signos evidentes de inflamación (dolor, calor y rubor) y muchas veces un tinte eritematoso. Agentes menos frecuentes son las bacterias anaerobias, sobre todo en niños escolares y adolescentes, en relación con enfermedades odontológicas.

También originan este tipo de adenopatías la enfermedad de Kawasaki.

Los tumores malignos se desarrollan en cabeza y cuello hasta en un 25% de los casos. En los primeros 6 años de la vida predominan el neuroblastoma, leucemia, linfoma no Hodgkin y rhabdomyosarcoma; posteriormente, los linfomas. La enfermedad de Hodgkin presenta adenopatías cervicales hasta en el 80-90% frente al 40% del linfoma no Hodgkin.

Adenopatías cervicales subagudas/crónicas bilaterales: causadas por virus específicos como VEB y CMV. La sintomatología clásica es un cuadro mononucleósico con adenopatías, fiebre, faringitis, cansancio y hepatoesplenomegalia. La faringitis del VEB es exudativa y la del CMV, característicamente, no lo es. Son adenopatías pequeñas, renitentes, móviles, y sin eritema ni calor en la piel suprayacente.

Adenopatías cervicales subagudas/crónicas unilaterales: causadas por bacterias atípicas y parásitos, como *Bartonella henselae*, *Mycobacterium tuberculosis*, micobacterias no tuberculosas y *Toxoplasma gondii*.

Bartonella henselae origina la enfermedad por arañazo de gato, entidad relativamente frecuente, causada por la mordedura o arañazo de gato. Tras 5-50 días de la inoculación la adenopatía se vuelve caliente, levemente eritematosa y sensible; su tamaño varía entre 1,5-12 cm.

Presentan fiebre, cefalea y malestar general hasta el 30% de los pacientes. Se trata de una enfermedad autolimitada; la antibioticoterapia puede acortar su curso y prevenir la supuración.

Adenopatías Occipitales: Estas adenopatías se palpan hasta en el 5% de los niños sanos.

Adenopatías Supraclaviculares: Relacionadas con procesos malignos hasta en el 75% de los casos. La localización derecha se asocia a procesos mediastínicos o pulmonares, mientras que la izquierda (nódulo de Virchow) suele hacerlo con procesos abdominales, sobre todo linfomas. La tuberculosis, histoplasmosis y coccidiomicosis también pueden afectar esta región.

Adenopatías axilares: Las causas más frecuentes son la enfermedad por arañazo de gato, BCGitis, brucelosis, artritis idiopática juvenil y linfomas no Hodgkin.

Adenopatías Mediastínicas: Escapan a la palpación pero pueden manifestarse por tos, sibilancias, disfagia, hemoptisis por erosión de la vía aérea, atelectasias, sintomatología neurológica y obstrucción de los grandes vasos, como la vena cava superior, con compromiso vital del paciente.

Las adenopatías visibles por imágenes suelen responder a neoplasias o infecciones crónicas. Las neoplasias más frecuentes del mediastino anterior son leucemias y linfomas, mientras que la del posterior es el neuroblastoma.

Las infecciones crónicas incluyen tuberculosis, fibrosis quística, histoplasmosis, coccidiomicosis y sarcoidosis.

Adenopatías abdominales y pélvicas: Clínicamente se sospechan por dolor abdominal, náuseas, vómitos, dolor de espalda, infecciones urinarias a repetición, estreñimiento, invaginación u obstrucción intestinal. Entran en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo, como en la adenitis mesentérica; la inflamación de ganglios íleocecales secundaria a procesos infecciosos de vías altas, puede ser clínicamente indistinguible de una apendicitis. Suelen diagnosticarse por estudios de imagen dado que suelen no ser palpables.

Adenopatías inguinales e ilíacas: Asociadas a lesiones o infecciones de extremidades inferiores y región genital, como las enfermedades venéreas. Son palpables en niños sanos, aunque generalmente son menores de 1-1,5 cm. Las mayores de 3 cm suelen tener una etiología específica. Su diagnóstico diferencial incluye ectopia testicular, hernias y lipomas.

Diagnóstico Diferencial

Las lesiones congénitas que se pueden confundir con adenomegalia y se deben considerar en el diagnóstico diferencial de un tumor de cuello en un niño pequeño son:

- **Higroma quístico:** proliferación de vasos linfáticos, blando, comprimible y trans-iluminable, que puede palparse en parte la inferior del cuello, sobre la clavícula.
- **Quistes branquiales:** se localizan en la parte lateral del cuello y en general se pueden diferenciar de la adenomegalia por una fosita o seno sobre el borde anterior del muslo esternocleidomastoideo. Se pueden infectar.
- **Quistes del conducto tirogloso:** aparecen en la línea media, en el nivel de la membrana tirohioidea, en general se mueven hacia arriba y abajo al tragar o sacar la lengua.
- **Costilla cervical:** tienen contorno diferente y consistencia dura y ósea que lo diferencia de un ganglio linfático.

Diagnóstico y tratamiento

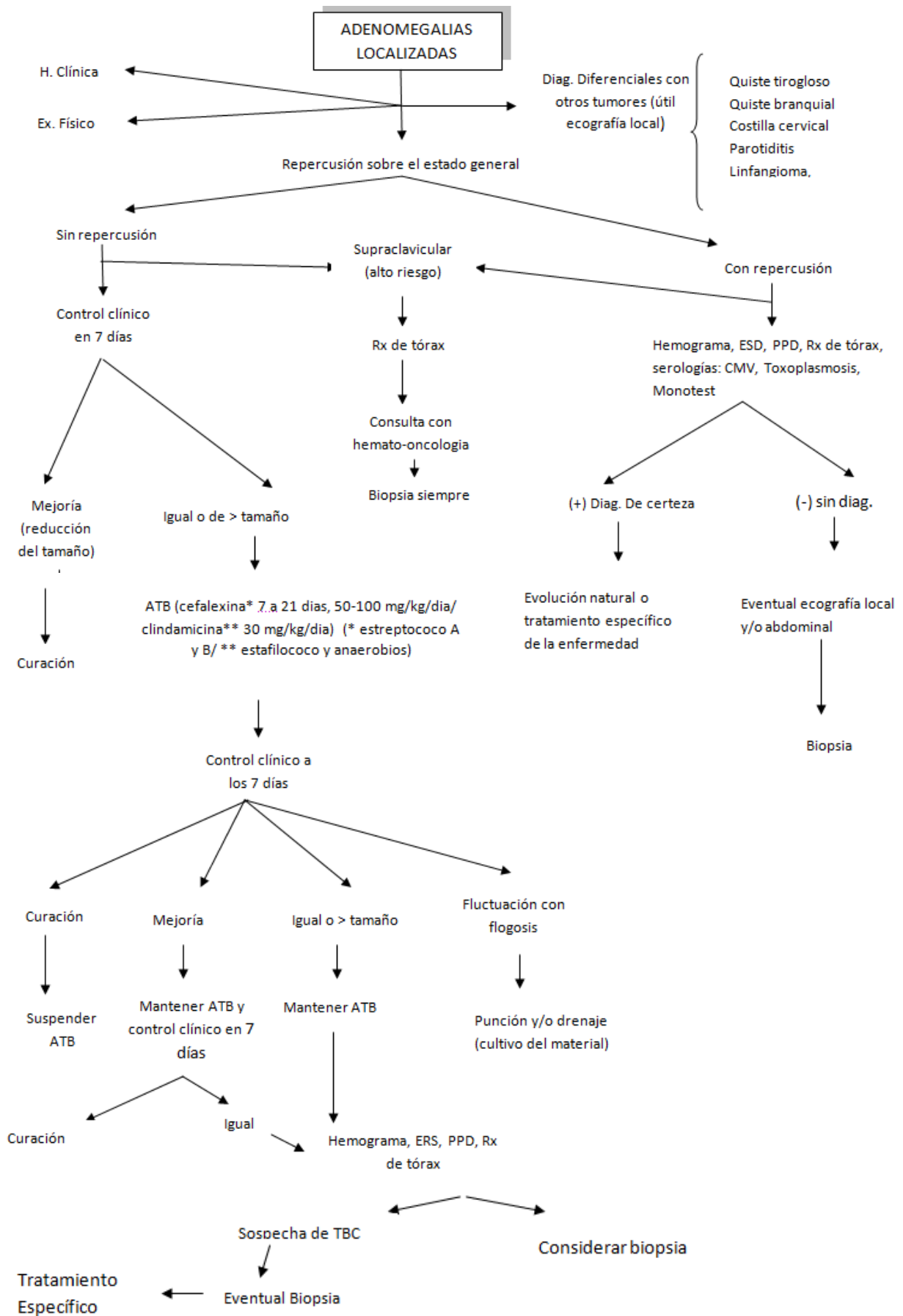
En general, la anamnesis y el examen físico revelan la causa de la adenomegalia.

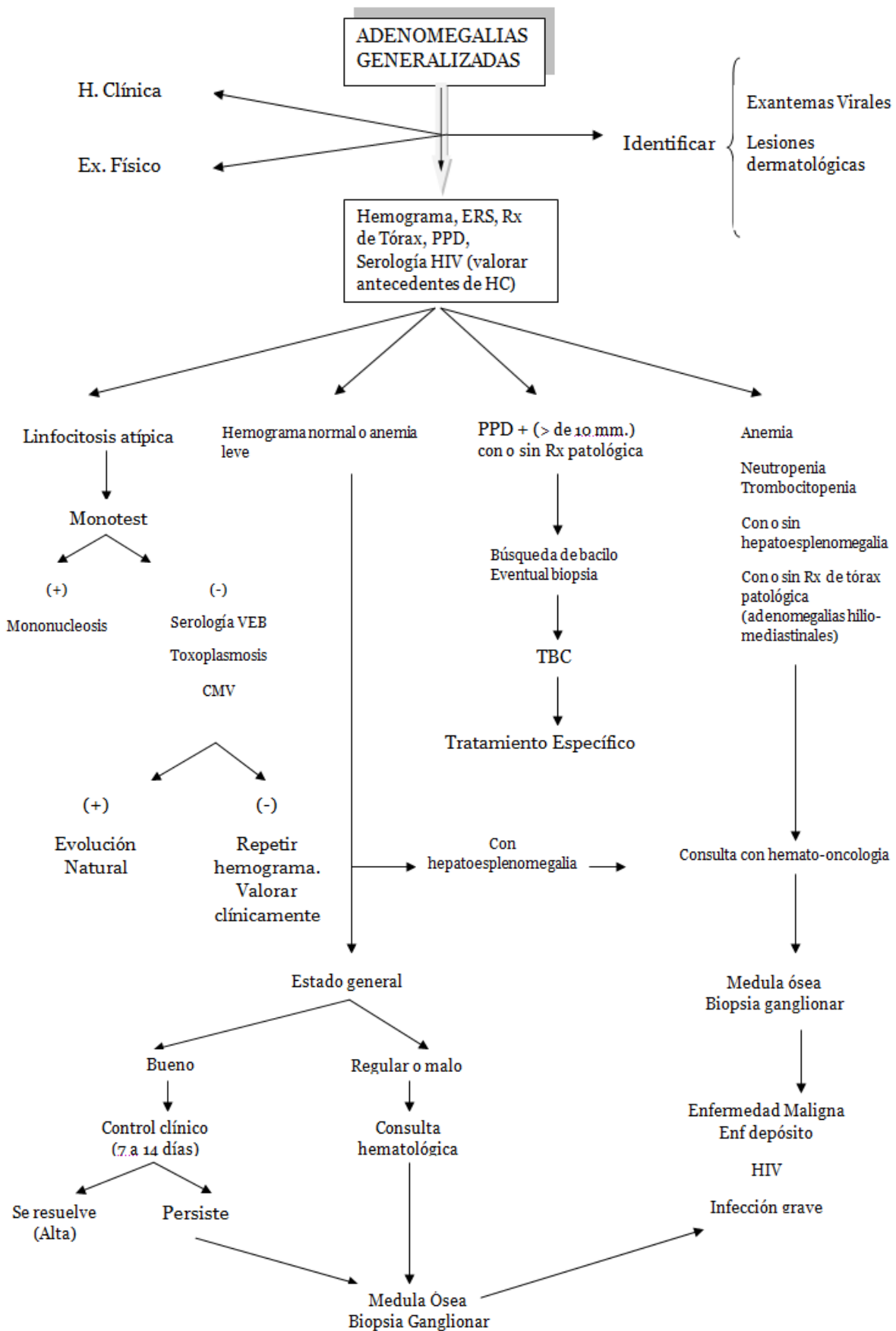
El diagnóstico se confirma con: la evolución, los exámenes complementarios que se juzgue necesario hacer, las consultas especializadas y la respuesta al tratamiento (ver algoritmos).

Nunca se deben administrar corticoides sin tener un diagnóstico definitivo, porque pueden enmascarar el diagnóstico de leucemia o linfomas y afectar desfavorablemente el pronóstico.

Indicaciones de biopsia

- Tamaño del ganglio mayor de 3 cm.
- Localización supraclavicular.
- Consistencia dura o parecida a la goma.
- Adhesión a piel o planos profundos.
- Pérdida de peso, fiebre de más de una semana de duración, sudoración nocturna, visceromegalias.
- Citopenias en el hemograma,
- Aumento de la deshidrogenasa láctica (LDH) o del ácido úrico.
- Alteraciones en la Rx tórax (hiliares o mediastino)
- Adenopatías generalizadas sin una etiología clara.
- Aumento de tamaño después de 2 semanas; no disminución del tamaño en 4-6 semanas; no retorno al tamaño basal 8-12 semanas.





Bibliografía

- Sociedad Argentina de Pediatría, Comité de Hematología. Adenomegalias en niños: Normas de diagnóstico y tratamiento. *Arch Argent Pediatr* 2003; 101(3): 229-233. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/docs/profesionales/consensos/229.pdf> Fecha de acceso: 14/05/14.
- Alvarez Caro F, Gómez Farpón A, Blanco Lago R. Adenopatías en pediatría. *Arch Argen Pediatr* 2007; 105 (4): 342-350. Fecha de acceso: 14/05/14. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2007/v105n4a12.pdf>
- Friedman A. Evaluación y tratamiento de la adenomegalia en niños. *Pediatr Review (esp)* 2008; 29 (7): 266-273.
- English R. Enfermedad por arañazo de gato. *Pediatr Review (esp)* 2006; 27 (9): 335-342.
- Jenson H. Virus Epstein Barr. *Pediatr Review (esp)* 2012; 33 (2): 43-52.
- García Aguado J. Estudio del paciente con adenopatías periféricas. En: Asociación Española de Pediatría en Atención Primaria. *7º Curso de actualización Pediatría 2010*. Madrid: Exlibris, 2010. pp. 31-42. Disponible em: http://aepap.org/congresos/pdf_reunion_2010/adenopatias.pdf Fecha de acceso: 14/05/14.
- Baquero Artigao F, del Rosal Rabes T, García Miguel. Adenitis cervical. En: Asociación Española de Pediatría, Sociedad Española de Infectología Pediátrica. *Protocolos diagnóstico-terapéuticos: Infectología pediátrica*. 3ª ed. Madrid: Ergón, 2011. Disponible en: <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-infectologia> Fecha de acceso: 14/05/14.
- Junker A. Epstein-Barr Virus. *Pediatr Review (esp)* 2005; 26: 79-85.
- Cecchini E. Fiebre y adenomegalias. En: Cecchini E, González Ayala S. *Infectología y enfermedades infecciosas*. Buenos Aires: Journal, 2007. pp. 507.
- Frankel J, Rocco R. Adenomegalias periféricas. En: Hospital de Pediatría “Prof. Dr. Juan P. Garrahan”. *Criterios de atención*. Buenos Aires, 1997. vol. 1, pp. 215-220.