



ADENOMEGLIAS

ADENOPATÍAS, LINFADENOMEGLIAS O LINFADENOPATÍAS
AUMENTO DE TAMAÑO O LA ALTERACIÓN DE LA CONSISTENCIA DE LOS GANGLIOS
LINFÁTICOS.

MED. PEDIATRA: DELIA ESCOBAR

A.P.S MENDOZA

NÓDULOS LINFÁTICOS:

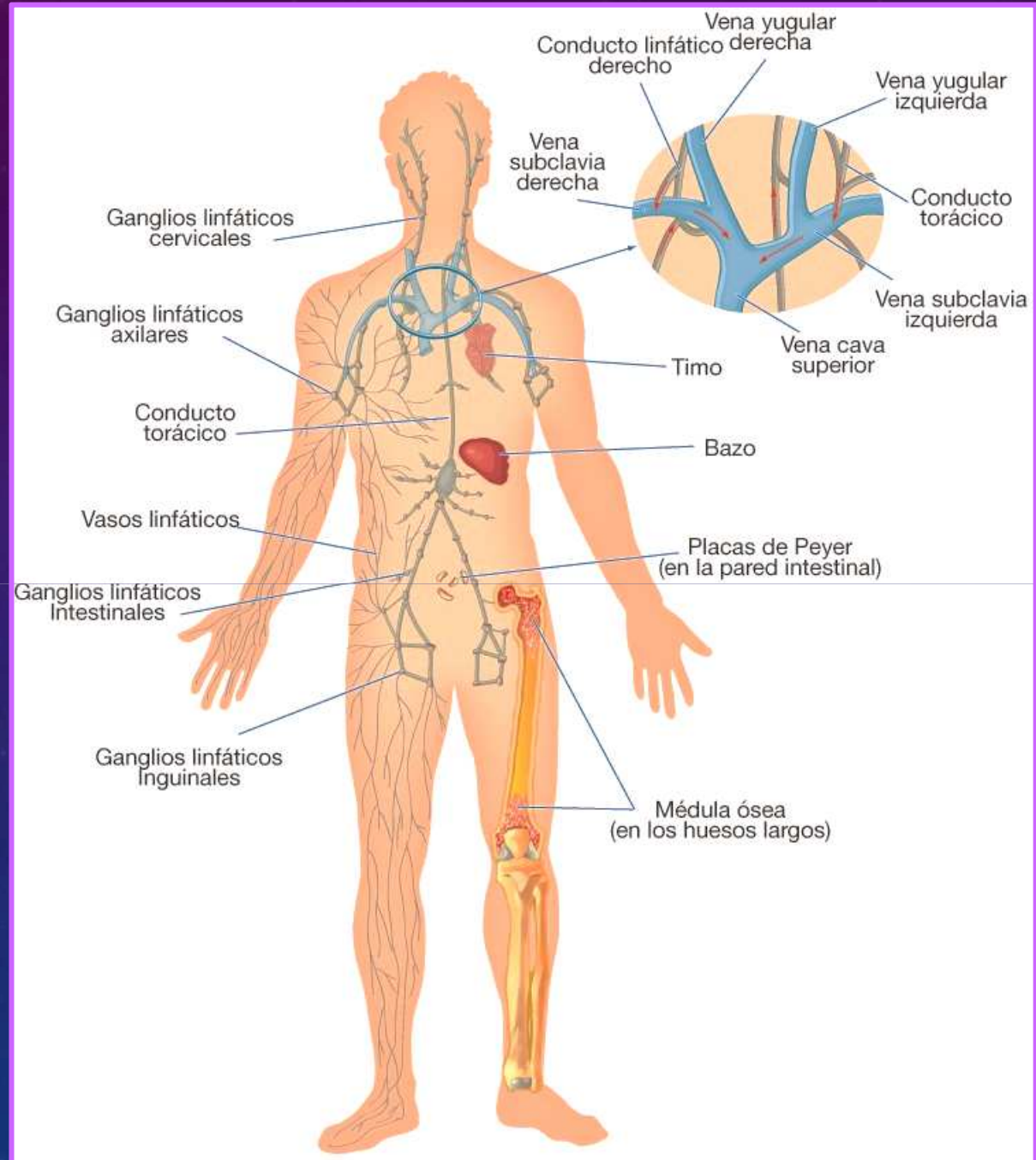
Sistema Reticuloendotelial ó monocito macrofágico.

Órganos .

Localizados a lo largo de todo el cuerpo.

Alrededor de 500-700 nódulos linfáticos .

Amígdalas, las adenoides, timo y bazo pertenecen a este sistema macrófago monocítico.



FUNCIÓN:

Hematopoyesis:

Interviene en la maduración de linfocitos y monocitos que han emigrado desde la médula ósea.

Favorece la proliferación de linfocitos y monocitos al momento de la activación del sistema inmunológico.

Filtración:

Tamizaje de bacterias, virus y tejido muerto de la linfa y su posterior destrucción y eliminación del organismo.

La estructura de los canales sinusales dentro de los nódulos linfáticos disminuye el flujo de la linfa lo que da tiempo a las células retículo-endoteliales para remover microorganismos del flujo linfático mediante fagocitosis.

Transporte:

Recolecta y retorna el fluido intersticial (plasma y proteínas) a la sangre y mantiene el balance hídrico.

Absorber los lípidos del intestino y su posterior transporte a la sangre.

Se define como adenopatía

- ❖ Ganglios linfáticos mayores de 1 cm. de diámetro.
- ❖ A nivel inguinal y epitrocLEAR, se consideran patológicos aquellos mayores de 1,5 cm. y 0,5 cm. de diámetro respectivamente.
- ❖ A nivel supraclavicular, que se consideran patológicos independientemente del tamaño.
- ❖ En cualquier otra localización corporal se pueden palpar ganglios más pequeños de 0,5 cm sin significado patológico.
- ❖ Sin embargo no solo el tamaño define un ganglio como patológico ya que otras características semiológicas deben ser valoradas, tales como consistencia, adherencia o no a los diferentes planos, sensibilidad.

Fisiopatología:

El aumento de volumen ganglionar obedece a diversos mecanismos:

- 1) Estimulación antigénica repetida que lleva a hiperplasia folicular linfoide con proliferación de células intrínsecas al ganglio: linfocitos, células plasmáticas.
- 2) Infiltración por células externas al ganglio:

Histiocitos en H. Langerhans, enfermedades de depósito.

Polimorfo nucleares (adenitis infecciosas): Bacterias, Hongos, Parásitos.

Células tumorales en leucemias y tumores sólidos.



Caracterización / Clasificación:

Evolución:

- Adenopatía aguda: < 10 días de evolución.
- Subaguda: Entre 10 y 30 días.
- Crónica: > 30 días de evolución.

Carácter:

- **Localizadas:** Involucra una sola región ganglionar.
Bacterianas: (no exclusivamente cervicales) el 85,8%.
Viral inespecífica: 4,7%.
Aval uso de ATB empírico en los pacientes de bajo riesgo sin foco evidente.
- **Generalizadas:** Compromiso de 2 o más regiones ganglionares no continuas.
Viral inespecífica: 75,4%, Mononucleosis 14,8%, Toxoplasmosis: 6,5%, Bacteriana: 1,6%.

La palpación de ganglios aumentados de tamaño es un hecho frecuente en el ámbito de Atención Primaria, siendo a veces el propio paciente quien los descubre y consulta por ello.

En otras ocasiones son descubiertos por el médico en el contexto de una exploración física general o dirigida.



El principal problema al evaluar las adenopatías es decidir si un ganglio o cadena ganglionar es anormal, valorar si es de naturaleza benigna o maligna, y decidir cuáles son las medidas a tomar para su diagnóstico y tratamiento.



Historia clínica

- ✓ Edad paciente.
- ✓ Localización.
- ✓ Tiempo de Evolución.

Síntomas asociados:

- ✓ Fiebre, pérdida de peso, sudoración nocturna, odinofagia, rash cutáneo, dolores articulares u óseos.

Características clínicas:

- ✓ Dolor.
- ✓ Lesiones cutáneas o traumatismos.
- ✓ Exposición o contacto:
 - ✓ Alimentos contaminados, Mascotas (Gatos), Vacunas, Fármacos, existencia de un patrón recurrente de infección. TB, CMV, EBV.
 - ✓ Enfermedades sistémicas: LES, AR.
 - ✓ Adolescentes: Historia de actividad sexual y factores de riesgo para HIV.
 - ✓ Transfusiones de hemoderivados.
 - ✓

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Dirigido según sospecha clínica.

Hemograma completo.

Estudios serológicos virales y parasitarios: EBV, CMV, Toxoplasmosis.

Estudios bacterianos: Bartonella henselae, PPD.

Electrolitos. Ácido úrico.

Función Renal: NU, Creat.

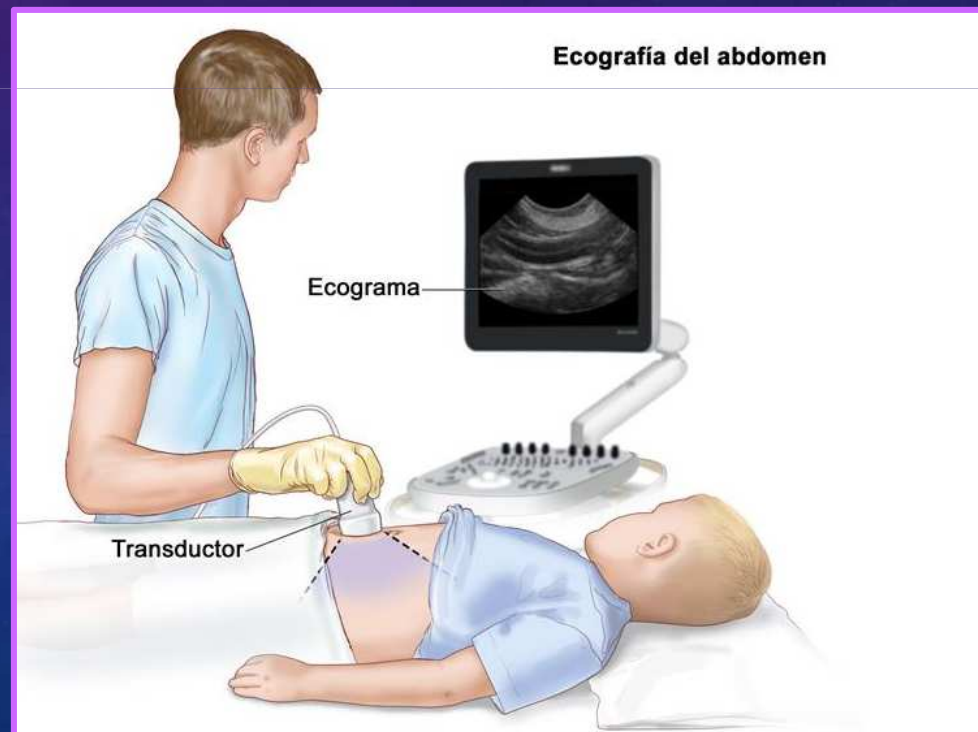
Función hepática.

Inmunodeficiencia.

Rx Tórax.o de sitio anatómico afectado.

Aspirado de Médula ósea.

Biopsia de lesión ganglionar.



Biopsia SI

Síntomas sistémicos asociados.

Falta de respuesta a tratamiento con anti-inflamatorios y ATB.

Crecimiento después de 3 semanas de estudio sin tener etiología.

No disminución de tamaño después de seguimiento de 4 a 6 semanas.

Radiografía de tórax anormal (adenopatías mediastinales).

Localización cervical baja, supraclavicular o mediastinal.

Consistencia dura ó adhesión a tejidos.



Occipitales: Lesiones cuero cabelludo:
Pediculosis, dermatitis seborreica

Preauriculares: Arañazo gato, clamidia,
adenovirus.

Submaxilares: Lesiones dentales,
mucosa oral.

Cervicales: Infección viral vía aérea
superior, arañazo de gato, Kawassaki.

Supraclaviculares: enf. mediastinal,
abdominal.

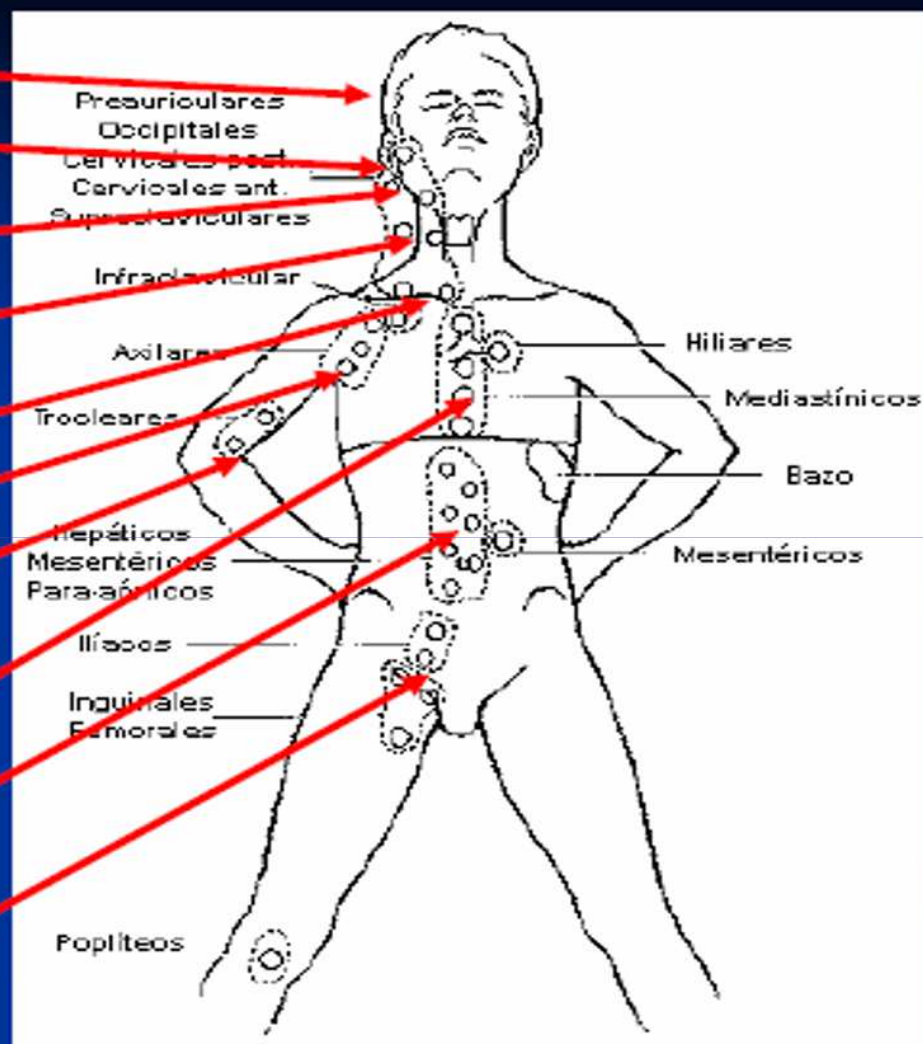
Axilares: BCG, arañazo gato,
adenitis.

Epitrocleares: Arañazo gato,
adenitis.

Mediastino: Neoplasias: Leucemia,
Linfoma, Neuroblastoma.

Abdominales y pélvicas: adenitis
mesentérica, linfomas, neuroblastoma,
Rabdomiosarcoma.

Inguinales: adenitis extremidades
inferiores y de región genital



CONDICION	FISIOPATOLOGÍA	CARACTER	AGENTE	CLÍNICA
Adenitis:	Drenaje linfático del territorio ganglionar afectado.	Localizadas	Bacteriano	Adenomegalia Dolor
Linfadenopatía hiperplásica reactiva	Respuesta a antígenos, Infecciones. Proliferación células normales en ganglio	Generalizadas	Virales Kawasaki, TB	Dolor
Adenopatía linfoproliferativa	Neoplasias tej. linforeticular	Localizadas Generalizadas	EH, LNH, Leucemias	Adenomegalias Indoloras
Adenopatía Tumoral Metastásica	Infiltración por células de Tumor sólido	Localizadas	Carcinoma Nasofaríngeo NB, RB, Sarcomas	Dolorosa Indoloras
Adenopatía Reticulohistiocitaria Tumoral	Proliferación histiocitaria	Localizada Generalizadas	Histiocitosis	Indoloras
Adenopatía Reticulohistiocitaria Enf. de depósito	Depósito de lípidos	Generalizadas	Gaucher Niemann Pick	Indoloras

Tratamiento empírico

Incluye antiinflamatorios y antibióticos empíricos para cubrir los dos agentes más prevalentes (*S. aureus* y *S. pyogenes*).

Cefadroxilo: 30 mg/kg/día cada 12 h VO.

Cefalexina 25-100 mg/kg/día en 3 ó 4 dosis vía oral.

Rifampicina 10 mg/Kg/día.

Si la causa es odontológica:

Amoxicilina-clavulánico 50 mg/kg/día en 3 dosis vía oral.

Clindamicina 30 mg/kg/día en 3 ó 4 tomas. (Alternativa para anaerobios).

Duración media: 10 días.

Control para observar respuesta: 14 días.

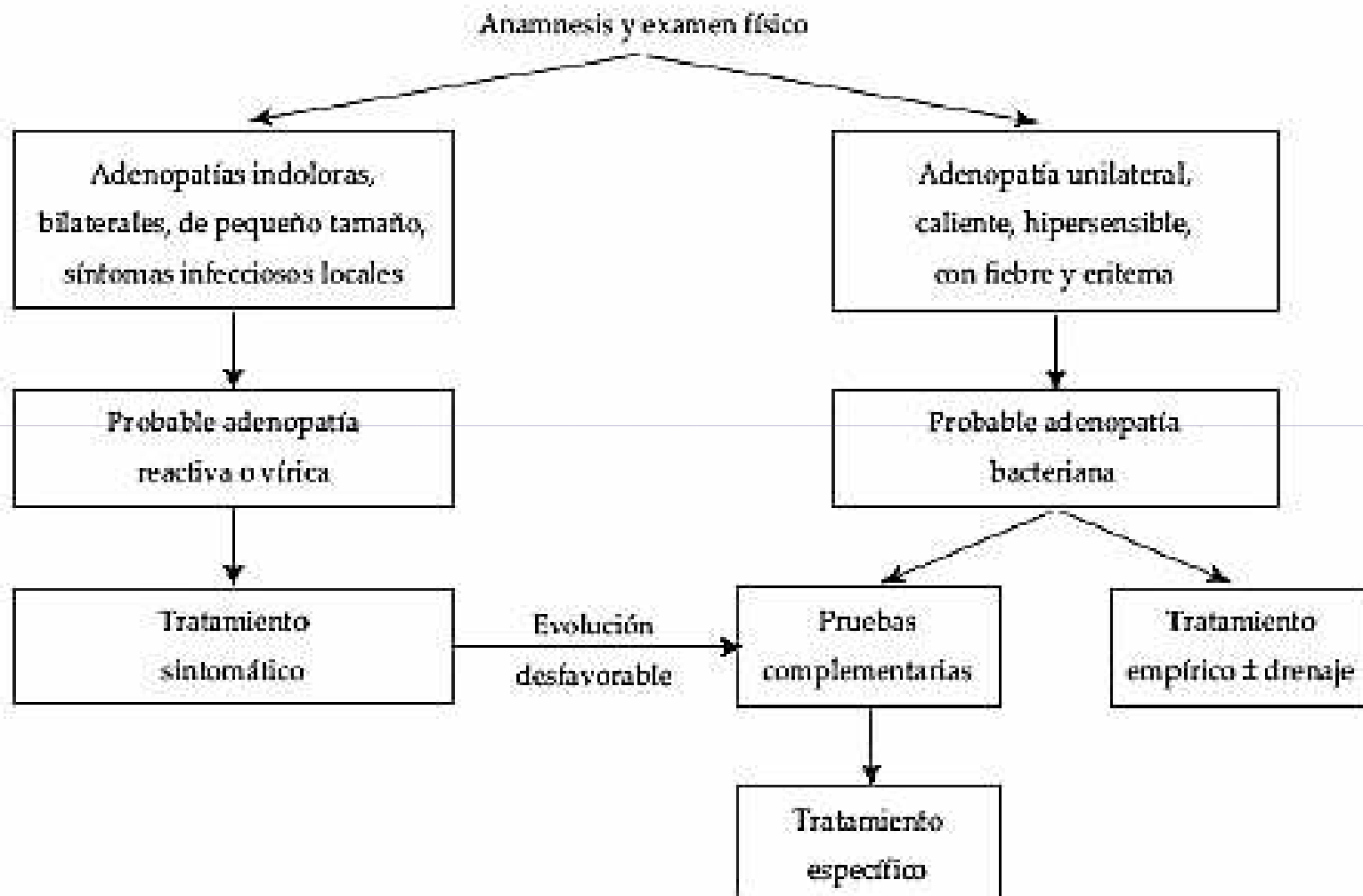
Tratamiento intravenoso:

Amoxicilina-clavulánico 100 mg/kg/día cada 6 h.

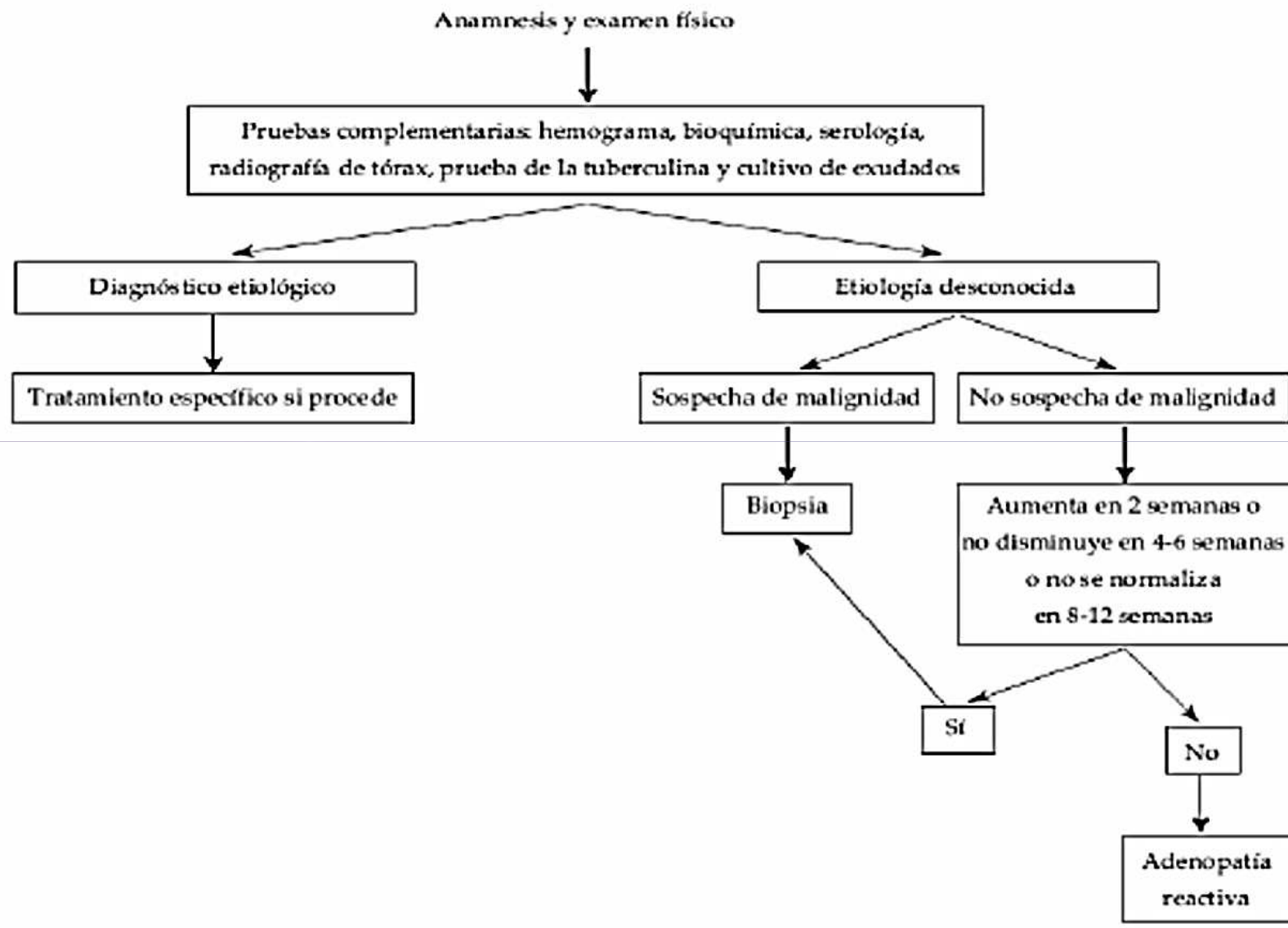
Cloxacilina 50-100 mg/kg/día en 4 dosis.

Clindamicina 40 mg/kg/día cada 6-8 h.

Algoritmo de actuación ante linfadenopatía localizada aguda



Esquema de actuación ante linfadenopatías localizadas subagudas o crónicas



38° CONGRESO ARGENTINO
de PEDIATRÍA