

Caso clínico

Adenopatía supraclavicular secundaria a vacuna del papilomavirus

I. ROBLES ÁLVAREZ¹, M.Á. SUÁREZ RODRÍGUEZ², G. MENAU MARTÍN³, S. FUERTES MARTÍNEZ¹,
M. ALEJOS ANTOÑANZAS¹, A. TAMARGO CUERVO¹

¹Residente de Pediatría del Complejo Asistencial Universitario de León. León. ²Pediatra de Atención Primaria. C.S. La Palomera. León.

³Pediatra de Atención Primaria. C.S. José Aguado. León.

RESUMEN

Las adenopatías cervicales son hallazgos frecuentes en la clínica pediátrica y se asocian de forma prioritaria a procesos infecciosos benignos y controlables. La presentación supraclavicular, o cervical baja, obliga a establecer un diagnóstico diferencial en el que se incluyen los procesos malignos. La asociación con la vacuna del papiloma es menos conocida, pero debe ser tenida en cuenta. Ante una adenopatía supraclavicular en un preadolescente, se hace necesario conocer el antecedente de vacunación frente al virus del papiloma humano (VPH) en los días previos a su aparición, si bien en el diagnóstico diferencial hay que descartar siempre una causa neoplásica.

Palabras clave: Vacuna contra el virus del papiloma humano; Vacuna *Gardasil*; Adenopatía inflamatoria reactiva; Adenopatía supraclavicular; Papilomavirus; Enfermedades autoinmunes.

ABSTRACT

Cervical lymphadenopathies are frequent findings in pediatric clinics and are primarily associated with benign and controllable infectious processes. The supraclavicular, or lower cervical, presentation requires establishing a differential diagnosis that includes malignant processes. The association with the papilloma vaccine is less known, but

must be taken into account. Before a supraclavicular adenopathy in a preadolescent, it is necessary to know the history of vaccination against human papillomavirus (HPV) in the days prior to its appearance, although in the differential diagnosis a neoplastic cause must always be ruled out.

Key words: Human papillomavirus vaccine; Gardasil vaccine; Reactive inflammatory adenopathy; Supraclavicular adenopathy; Papillomavirus; Autoimmune diseases.

INTRODUCCIÓN

Se define adenopatía como un ganglio patológico si presenta alteración de algunas de sus características: aumento de tamaño, presencia de dolor, consistencia aumentada, o alteración en la piel suprayacente⁽¹⁾.

Se consideran signos de alarma la presencia de masas adheridas a planos profundos, de diámetro mayor de 2 cm, curso rápidamente progresivo y los situados en región supraclavicular⁽²⁾ (Fig. 1).

La causa más frecuente de las adenopatías de presentación aguda es la reactiva a procesos infecciosos virales, existiendo otras como las infecciones bacterianas, causas tumorales, enfermedades sistémicas, secundarias a fármacos y la reacción postvacunal (Tabla I).

La presencia de una adenopatía en localización supraclavicular (o cervical inferior)⁽⁴⁾ genera una clara preocupación clínica y obliga a una exploración detallada del paciente,

Correspondencia: Dra. Irene Robles Álvarez. Complejo Asistencial Universitario de León.

Correo electrónico: irobles@saludcastillayleon.es

© 2021 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

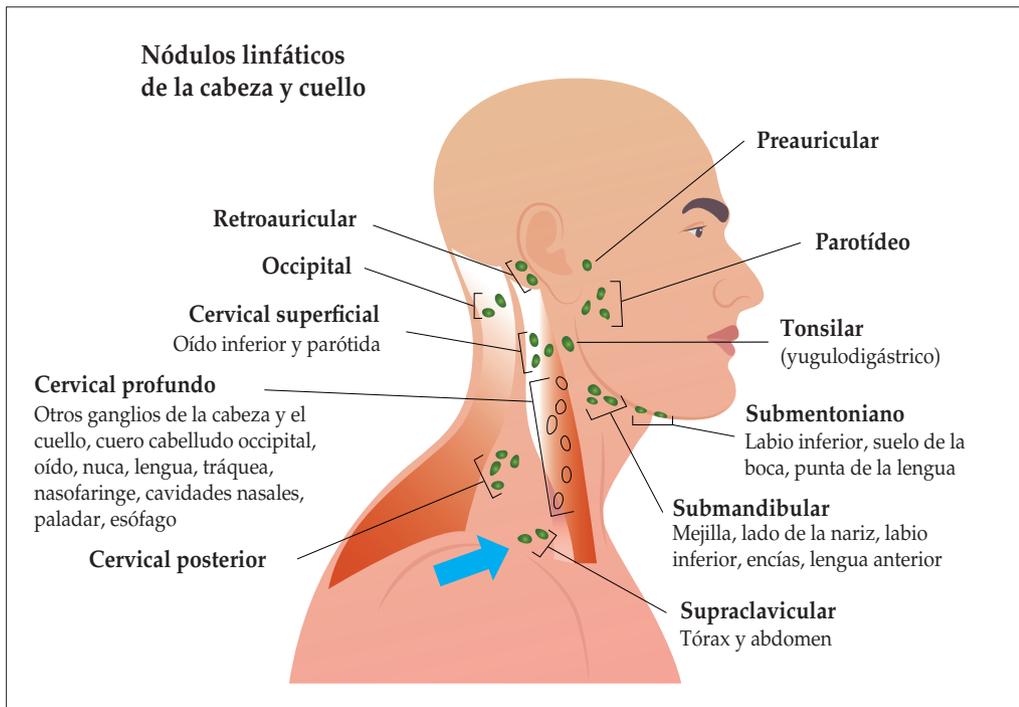


Figura 1. Nódulos linfáticos de la cabeza y cuello. (Adaptado de: McClain KL. *Peripheral lymphadenopathy in children: Evaluation and diagnostic approach.* UpToDate⁽⁴⁾).

TABLA I. ETIOLOGÍA DE LAS ADENOPATÍAS EN PEDIATRÍA.

Diagnóstico diferencial
<ul style="list-style-type: none"> • Infeccioso <ul style="list-style-type: none"> – Virus: rinovirus, adenovirus, VEB, sarampión, parotiditis, rubéola, CMV, herpes simple, VIH – Bacterias: <i>S. pyogenes</i>, <i>S. aureus</i>, <i>S. agalactiae</i>, <i>M. tuberculosis</i>, micobacterias atípicas, <i>Bartonella henselae</i>, <i>Pasteurella multocida</i>, <i>Francisella tularensis</i>, <i>Salmonella</i>, <i>Lyme</i> – Protozoos: <i>Toxoplasma</i>, <i>Leishmania</i>, <i>Trypanosoma</i> – Hongos: <i>Candida</i>, <i>Aspergillus</i>, <i>Histoplasma</i> • Tumoral: leucemia, linfoma, metástasis • Fármacos (fenitoína, carbamacepina) • Postvacunal • Enfermedades sistémicas: síndrome de Kawasaki, enfermedades del colágeno (AIJ), sarcoidosis, hipotiroidismo, inmunodeficiencias primarias

VEB: virus de Epstein-Barr; CMV: citomegalovirus; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

Tomado de: Guerrero-Fernández J, Cartón Sánchez AJ, et al. *Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría.* 6ª ed⁽³⁾.

así como la realización de pruebas complementarias ante la sospecha de una causa oncológica subyacente⁽¹⁾.

El cribado inicial para el estudio de una adenopatía supraclavicular está orientada por la exploración y la historia clíni-

ca, e incluiría reactantes de fase aguda, serología frente a virus (virus de Epstein-Barr –VEB–, citomegalovirus –CMV–), bacterias (*Brucella*, *Tularemia*, *Mycoplasma*...), Mantoux, Rx de tórax. La realización de ecografía ayuda en la orientación previa a posible biopsia, ya que en función del tamaño, la forma, la ecogenicidad y la vascularización existen distintos criterios para identificar las adenopatías sospechosas de malignidad⁽⁵⁾. Las adenopatías reactivas a un proceso inflamatorio o infeccioso agudo suelen ser de forma ovalada, hipocogénicas, menores de 1 cm de diámetro corto, ecoestructura homogénea, contorno liso, bordes redondeados, con hilio graso lineal visible con vascularización central. Las adenopatías sugestivas de malignidad suelen ser redondeadas, grandes, pueden tener zonas heterogéneas con hiperecogenicidad focal o difusa, engrosamiento cortical excéntrico, bordes mal definidos y pérdida de la ecogenicidad y de la vascularización central grasa del hilio, además suelen tener vascularización periférica o mixta (periférica e hilar)⁽⁶⁾. La ausencia de alteración ecográfica no descarta completamente la malignidad si el paciente presenta hallazgos analíticos o clínicos sugerentes. Un deterioro clínico evidente obliga a descartar malignidad, aun con normalidad inicial de las pruebas realizadas.

Una de las posibles causas de las adenopatías es la reacción vacunal cercana al lugar de la inyección. No es un efecto que se describa con frecuencia, pero debe ser tenido en cuenta cuando se excluyen otras causas posibles.

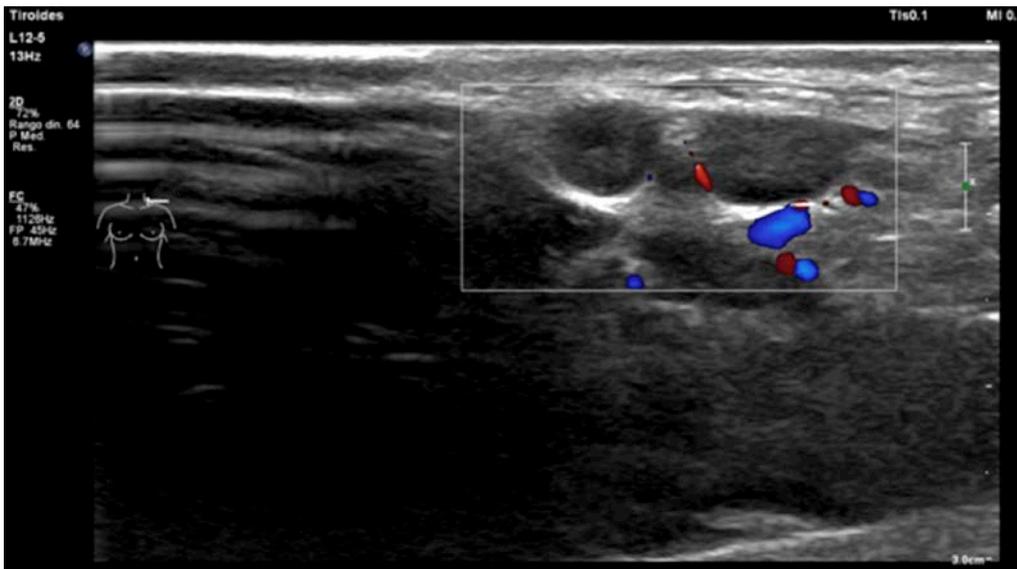


Figura 2. Imagen de vascularización hiliar. No hipervascularización. Adenopatía hipocogénica homogénea de forma ovalada con contorno liso e hilo graso conservado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso de una paciente de 13 años que acude a consulta de Pediatría de Atención Primaria de un centro de salud de León, por presentar una adenopatía supraclavicular izquierda de 5 días de evolución tras la administración de una vacuna, y se recogen datos de su estudio y manejo a nivel hospitalario en el Complejo Asistencial Universitario de León.

Se consulta la bibliografía actual relacionada con adenopatías en esa región y efectos adversos, en concreto adenopatías, relacionados con la administración de vacunas.

CASO CLÍNICO

Niña de 13 años que presenta una adenopatía supraclavicular izquierda, 9 días después de la administración de la segunda dosis de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH).

Antecedentes personales: vacunada hace 9 días de vacuna Gardasil 9® en el brazo izquierdo. Calendario vacunal al día. Asma ocasional sin tratamiento médico actualmente.

Antecedentes familiares: madre con colitis ulcerosa. No antecedentes oncológicos ni otros de interés.

Anamnesis completa: afebril, no infección intercurrente. Adenopatía desde hace 5 días en región supraclavicular izquierda que no ha aumentado de tamaño y no le duele. Asintomática excepto leve tos los días previos. No contacto con tosedores crónicos.

Exploración física: buen estado general. No exantemas. Adenopatía supraclavicular de 1,5 cm de diámetro. No adenopatías a otros niveles. No organomegalias. ACP: buena entrada de aire bilateral sin ruidos sobreañadidos. Resto de exploración normal por aparatos.

La localización de la adenopatía condicionó la derivación de la paciente al hospital para estudio que fue realizado ambulatoriamente. Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica, reactantes de fase aguda, transaminasas: normales. LDH y ácido úrico: normales. Serologías: VEB, CMV, *Toxoplasma*, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), parvovirus humano B19, adenovirus, *Bartonella henselae*, tularemia, *Mycoplasma pneumoniae*: negativos. Mantoux negativo. Radiografía de tórax: normal. Ecografía: ecodoppler compatible con adenopatía inflamatoria reactiva (vascularización hiliar, no datos de hipervascularización (Fig. 2).

Ante la normalidad de los estudios analíticos y la ausencia de hallazgos que hicieran sospechar malignidad subyacente, se decidió vigilar la evolución clínica de la menor, comprobando la reducción casi a la mitad en el tamaño de la adenopatía tras una semana de vigilancia y tratamiento antiinflamatorio con ibuprofeno a una dosis de 10 mg/kg/día.

Dado el buen estado general de la paciente, que no presentó alteraciones clínicas durante el periodo de estudio, la ausencia de alteraciones en las pruebas realizadas y la normalización del tamaño de la adenopatía, se consideró como causa responsable la inyección de la vacuna en el brazo homolateral.

DISCUSIÓN

La vacunación profiláctica frente al papilomavirus, al evitar la infección persistente y el desarrollo de las lesiones preneoplásicas que ocasiona, se convierte en una estrategia preventiva de primer orden frente al cáncer de cérvix y tumores anogenitales⁽⁷⁾.

El calendario de vacunación del consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud, actualizado en enero de 2017 con prolongación en 2018, mantiene la recomendación de vacunación sistemática en todas las comunidades autónomas de todas las chicas a la edad de 12 años y establece una posología de dos dosis.

Estas vacunas, tanto los ensayos clínicos realizados como el seguimiento postcomercialización, tras más de 300 millones de dosis administradas en el mundo, han demostrado ser seguras, descartando la asociación de las mismas con el desarrollo de enfermedades autoinmunes y neurológicas⁽⁴⁾.

La ficha técnica incluye como reacciones notificadas, al igual que con otras vacunas (vacuna contra difteria, tétanos y tosferina –DTP–, triple vírica y bacilo Calmette Guérin –BCG–), la inflamación de ganglios en distintas localizaciones (cuello, axila o ingle). La localización supraclavicular (o cervical baja) no aparece mencionada como tal en la información del producto⁽⁸⁾. Se han descrito casos aislados en la literatura científica de adenopatías de localización supraclavicular por la vacuna del papilomavirus^(9,10), y son conocidos casos de aparición tras la vacuna frente a la BCG⁽¹¹⁾. La presencia de estas adenopatías tras la vacunación frente al papiloma humano es poco conocida, pero debe ser tenida en cuenta por la gran preocupación generada en el pediatra que la identifica y en las familias, dada la incertidumbre que provoca la frecuente asociación de esta localización con procesos malignos.

BIBLIOGRAFÍA

- Martínez Chamorro MJ, Albañil Ballesteros R, Cocho Gómez P. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Adenopatías cervicales. AEPap. 2016 (en línea). [Consultado el 16-12-2020]. Disponible en: algoritmos.aepap.org.
- Baquero Artigao F, del Rosal Rabes T, García Miguel MJ. Adenitis cervical. En: Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica (en línea). [Consultado el 14/12/2020]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/adenitis.pdf>
- Martín Jiménez L, del Rosal Rabes T. Etiología de las adenopatías en pediatría. Capítulo 7. Adenopatías. En: Guerrero Fernández J, Cartón Sánchez A, Barreda Bonis A, Menéndez Suso J, editores. Manual de diagnóstico y terapéutica en pediatría. 6.ª ed. Madrid: Panamericana; 2020. p. 121-5.
- McClain KL. Peripheral lymphadenopathy in children: Evaluation and diagnostic approach. En: UpToDate (en línea). [Consultado el 16-12-2020]. Disponible en: <https://uptodate.publicaciones./contents/peripheral-lymphadenopathy-in-children-evaluation-and-diagnostic->
- Martín Guerra JM, Martín Asenjo M, Iglesias Pérez C, Prieto Dehesa M, Prieto de Paula JM. La ecografía clínica, un elemento más en la orientación diagnóstica. Med Clín Práct. 2019; 2: 8-9.
- Alonso Martín D, Bilbao Sustacha J, Díaz Lázaro J. Ecografía cervical (II): Estudio de las adenopatías. Boletín del Grupo de Trabajo de Ecografía Clínica Pediátrica. 2020 [citado 21 diciembre 2020]. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/ecoclip16_cervical_ii.pdf
- Comité asesor de Vacunas de la AEP. Manual de vacunas en línea de la AEP. Virus del papiloma humano. En: vacunasaep.org (en línea). [Consultado el 16-12-2020]. Disponible en: <https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-42#11>
- Ficha técnica de Gardasil 9[®]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/1151007002/FT_1151007002.pdf
- Pereira MP, Flores P, Neto AS. Neck and supraclavicular lymphadenopathy secondary to 9-valent human papillomavirus vaccination. BMJ Case Rep. 2019; 12: e231582.
- Studdiford J, Lamb K, Horvath K, Altshuler M, Stonehouse A. Development of unilateral cervical and supraclavicular lymphadenopathy after human papilloma virus vaccination. Pharmacotherapy. 2008; 28: 1194-7.
- Onís González E, Ibáñez Estévez MA, Blanco Salazar I, Martínez Aldecoa FJ. C-10. Adenopatía supraclavicular tras vacuna BCG. Rev Pediatr Aten Primaria. Supl. 2011; 13 (supl. 20): e25.