

PROTOCOLOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS

Adenopatías

C. MORO BAYÓN, J. LÓPEZ SASTRE, C. PÉREZ MÉNDEZ y L. M. ALONSO BERNARDO

Se denomina adenomegalia, linfoadenopatía o adenopatía, el hallazgo de uno o varios ganglios linfáticos aumentados de tamaño. Será localizada o generalizada según afecte a una o más regiones ganglionares. En la actualidad se acepta que existe adenopatía cuando el tamaño del ganglio es mayor de 10 mm. y es considerado también patológico cualquier ganglio palpable en la región supraclavicular y todo ganglio epitroclear de 5 mm. o más.

En los niños y jóvenes con escaso pániculo adiposo, es frecuente palpar ganglios linfáticos de tamaño normal en la región cervical, axilar e inguinal incluso en edades muy tempranas. Casi en un tercio de recién nacidos y en un 50 % de lactantes sanos pueden ser normalmente palpables. No obstante, en algunos casos, no se puede determinar en una primera exploración si un ganglio es o no patológico, por lo que es necesario precisar exactamente su tamaño para poder comparar en siguientes exploraciones.

Por la importancia que puede suponer la presencia de una o varias adenopatías, en la exploración clínica rutinaria se debe realizar siempre una palpación de las regiones ganglionares superficiales que incluyen la región cervical (ganglios occipitales, retroauriculares o mastoideos, preauriculares, parotídeos, laterocervicales, facial o geniano, submentonianos, submaxilares

y supraclaviculares), región axilar e inguinal. En la región poplitea y epitroclear raramente son palpables.

Los ganglios profundos no son prácticamente asequibles a la palpación, incluso en condiciones patológicas, precisando exploraciones especiales (TAC, ecografía, linfografía, etc.).

Etiología. La infección e inflamación es la causa más frecuente de adenopatías en la infancia siendo más raras las debidas a enfermedades malignas o sistemáticas (Tabla I).

Son muchas las infecciones que cursan con adenopatías apareciendo de forma generalizada en enfermedades víricas, bacterianas o protozoarias así como en la enfermedad de Kawasaki (Tabla II).

Dentro de la adenitis regionales agudas (comienzo de 1 a 7 días), la más común es la adenitis cervical. Teniendo en cuenta que en los niños son muy frecuentes las infecciones de oído, nariz, boca, faringe y senos, es fácil comprender que los ganglios linfáticos de la región cervical aumentan de tamaño cuando existe una infección primaria a esos niveles.

Los agentes etiológicos más frecuentes son el streptococo B hemolítico Grupo A y el stafilococo aureus. Si existe afectación dental el responsable puede ser un anaerobio. Con menor frecuencia los gérmenes causales son hemophilus influenzae, bacilos Gram negativos, streptococo Grupo B

y C, Yersinias, Chlamydias, Mycoplasma, actinomicas, brucellas, etc.

La adenitis cervical también puede ser secundaria a una infección viral por adenovirus, cytomegalovirus, virus de Epstein-Barr, herpes simple y varicela.

En las adenitis cervicales subagudas o crónicas (comienzo lento de 1 a 3 semanas), los organismos infecciosos más frecuentes son: el causante de la enfermedad por arañazo de gato, mycobacterias tuberculosas, mycobacterias atípicas, stafilococo-

TABLA I. ENFERMEDADES QUE CURSAN CON ADENOPATÍAS

| | |
|---|--------------------|
| INFECCIOSAS | NEOPLASIAS |
| Bacterianas | Leucosis |
| Víricas | Linfomas |
| Protozoarias | Histiocitosis |
| Enfermedad de Kawasaki | Neuroblastoma |
| | Rabdomiosarcoma |
| INFLAMATORIAS, NO INFECCIOSAS | Carcinoma tiroides |
| Colagenosis | Melanoma |
| Enfermedad del suero | Otras. |
| Sarcoidosis | |
| Linfoadenopatías angioinmunoblásticas. | |
| TESAURISMOSIS | |
| Enfermedad de Gaucher | |
| Enfermedad de Niemann-Pick | |
| OTRAS | |
| Pseudolinfoma (tratamiento con Hidantoinas) | |

TABLA II. ADENITIS GENERALIZADA

| | |
|--------------------------|---------------------|
| CAUSAS VÍRICAS | CAUSAS BACTERIANAS |
| Mononucleosis infecciosa | Sífilis |
| Rubeola | Tuberculosis |
| Infección por HIV | Brucelosis |
| Citomegalovirus | Leptospirosis |
| Sarampión | |
| Hepatitis | CAUSAS PROTOZOARIAS |
| ENFERMEDAD DE KAWASAKI | Toxoplasmosis |
| | Kala-azar |

TABLA III. ADENITIS CERVICAL SUBAGUDA O CRÓNICA

| | |
|--------------------------------|-------------------|
| Enfermedad por arañazo de gato | Anaerobios |
| Mycobacterias tuberculosas | Toxoplasmas |
| Mycobacterias atípicas | Treponema palidum |
| Stafilococo aureus | Rickettsias |
| Cytomegalovirus | Hongos |
| Virus de Epstein-Barr | Otros |

aureus, citomegalovirus, virus de Epstein-Barr, bacterias anaerobias y toxoplasma-gondii. Más raros serán el treponema palidum, rickettsias y hongos (Tabla III).

Siempre que se encuentren adenopatías en la región axilar e inguinal se debe buscar una puerta de entrada en las extremidades (impétigo, heridas, etc.) y en los adolescentes con adenitis inguinal investigar una infección de transmisión sexual.

DIAGNÓSTICO

Para llegar al diagnóstico hay que realizar una buena anamnesis y exploración clínica debiendo recurrir en muchos casos a estudios complementarios para confirmar la etiología e iniciar el tratamiento adecuado.

1. *Anamnesis.* Recoger antecedentes de infección de vías respiratorias, cutáneo-mucosas, afecciones dentales, exposición a animales (arañazo o mordedura de felino), contacto con tuberculosis, empleo de drogas (hidantoínas) etc., y la presencia o no de síntomas generales como fiebre, pérdida de peso, anorexia, sudoración y astenia.

2. Se hará una *exploración física* completa en busca de otros hallazgos clínicos que puedan acompañar a la adenomegalia. Hay que precisar el tamaño exacto de las adenopatías, el número, la localización, el tiempo de evolución, si están ais-

ladas o aglomeradas, su sensibilidad y consistencia, si se encuentran adheridas a planos profundos y superficiales, si existen signos inflamatorios en los tejidos que las recubren y si hay fistulización. Las fistulizadas, fluctuantes, con signos inflamatorios focales y las dolorosas suelen de origen infeccioso. Las de consistencia dura, adheridas a planos profundos, poco dolorosas y de evolución lenta asociadas a síntomas generales y/o hepatoesplenomegalia, sugieren una infección crónica, enfermedad sistémica o malignidad.

3. *Exámenes Complementarios.* Pueden no ser necesarios si el niño no se encuentra afectado, las adenopatías son regionales y no fluctúan y existe un foco o puerta de entrada que las justifique (amigdalitis, otitis, impetigo etc.). No obstante, en estos casos, es necesario hacer otra exploración días más tarde para comprobar su resolución.

Si el paciente está moderado o seriamente enfermo o si las adenopatías son generalizadas, se hará un hemograma completo con VSG y cultivos. Si hay fluctuación, aspiración y cultivo del material obtenido para bacterias aerobias, anaerobias, mycobacterias y hongos con el fin de identificar el agente causal. Se hará prueba de tuberculina y Rx de tórax si se sospecha etiología tuberculosa. Los test serológicos se realizarán si se considera indicado por la analítica y/o clínica acompañante así como cutitreacción para myco-

bacterias atípicas y enfermedad por arañazo de gato.

La biopsia está indicada si existe un aumento de tamaño de la adenopatía durante las 2 semanas que siguen a la primera medicación, siempre y cuando los estudios diagnósticos citados sean negativos o normales y cuando no ha disminuido de tamaño tras 4-6 semanas de seguimiento y/o se sospecha etiología maligna.

TRATAMIENTO

El tratamiento de una adenopatía será el de la enfermedad causal. Señalaremos las pautas de actuación en los tipos más frecuentes:

1.º Siempre que exista fluctuación, debe realizarse incisión y drenaje, de utilidad tanto para identificar el germen como para favorecer la resolución (no en caso de sospecha de adenitis tuberculosa).

2.º Las adenitis bacterianas requieren tratamiento antibiótico. La administración por vía oral suele ser suficiente, pero se recurrirá a la parenteral si hay intolerancia digestiva, estado de toxicidad, compromiso respiratorio, celulitis adyacente o abscesos y probablemente si el niño es menor de 6 meses.

En aquellas en las que el agente etiológico es el estreptococo B hemolítico del Grupo A, se empleará Penicilina oral (Penicilina V, 50 mgs./kg./día, repartidos cada 6 horas) o amoxicilina, 50 mgs./kg./día repartidos cada 8 horas. En los casos graves, penicilina G procaína (IM), 600.000-1.200.000 U/día cada 12 horas o

Penicilina G cristalina (IV), 100.000-250.000 U/kg./día, cada 4-6 horas hasta que remita la fiebre y la inflamación local pasando posteriormente a la vía oral. La duración del tratamiento será 10 días. En los pacientes con alergia a la Penicilina se utilizará Eritromicina, 40 mgs./kg./día, en 3 o 4 dosis o Clindamicina, 30 mgs./kg./día.

En la adenitis por estafilococo aureus, se administrará Dicloxacilina oral, 50-100 mgs./kg./día, cada 6 horas o IV a razón de 100-200 mgs./kg./día.

Si existe un absceso o infección dental, Penicilina V a 50 mgs./kg./día o Clindamicina a 30 mgs./kg./día.

Las adenopatías de origen tuberculoso deben ser tratadas con tuberculostáticos: Isoniazida, 10 mgs./kg./día (máximo 300 mgs./día) y Rifampicina, 10 mgs./kg./día (máximo 600 mgs./día). Se darán ambos en dosis única antes del desayuno, y durante un período de 9 meses. No está indicado el tratamiento quirúrgico a no ser que se produzca drenaje espontáneo.

En las adenitis por mycobacterias atípicas el tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica del ganglio; algunos autores recomiendan tratamiento antituberculoso hasta tener el resultado confirmativo de los cultivos.

3.º Las de etiología vírica tampoco precisan tratamiento, observándose resolución al cabo de pocas semanas. Únicamente estará indicado tratar si el paciente está inmunodeprimido con adenopatías debidas a una infección por citomegalovirus o herpes, en cuyo caso se administrará ganciclovir o acyclovir.

BIBLIOGRAFÍA

1. BAMJI, M.; SFONE, R. K.; KAUL, A.; USMANI, G.; CHACHTER, F. F. y WASSERMAN, E.: *Ganglios linfáticos palpables en recién nacidos y*

lactantes sanos. Pediatrics (Ed. Esp.) 1986; 22: 262-264.

2. GINSBURG, CH. M.: *Adenitis por arañazo de gato*. MTA-Pediatría, 1985; 6 409-411.
3. KNIGHT, P. J.; MULNE, A. F. y VASSY, L. E.: *Indicaciones de la biopsia en las adenomegalias*. Pediatrics (Ed. Esp.), 1982; 13: 248-254.
4. MARGILETH, A. M.: *Cervical Adenitis*. Pediatrics in review, 1985; 7: 13-24.
5. LAKE, A. M.; AND OSKI, F. A.: *Peripheral Lymphadenopathy in Childhood*. Am. J. Dis. Child. 1978; 132: 357-359.
6. RUDDY, R. M.; NECK MASS: *Textbook of Pediatric Emergency Medicine*. Williams-Wil-Kins. Baltimore 1988: 214-218.
7. VERGER, G.: *Infecciones de los linfáticos*. Enfermedades Infecciosas II. Ed. Doyma S.A. Barcelona, 1988: 578-582.