

Adenomegalias en niños. Abordaje diagnóstico en el Consultorio de Hemato-oncología de un Hospital de Referencia

Adenomegaly in children. Diagnostic approach in the hemato-oncology clinic of a Reference Hospital

Genes de Lovera L¹, Rivarola C¹, Mattio I.¹

RESUMEN

Introducción: Las adenopatías constituyen uno de los motivos más frecuentes de consulta al hematólogo pediatra. Si bien la mayoría de los casos corresponde a procesos benignos transitorios autolimitados, en algunas ocasiones pueden ser manifestaciones iniciales de patologías más graves, principalmente relacionadas con enfermedades malignas. **Objetivos:** Determinar las características clínicas y los métodos diagnósticos utilizados en pacientes que consultaron por adenopatías en el Departamento de Hemato-oncología de la Cátedra y Servicio de Pediatría del CMI-Hospital de Clínicas, de enero de 2000 a julio de 2005. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo, de corte transversal, mediante revisión de historias clínicas, de enero de 2000 a julio de 2005. **Resultados:** Se analizaron 65 pacientes que consultaron por adenopatías; el rango de edad fue de 1 a 16 años con predominio de menores de 5 años (41.5%), siendo en el sexo predominante el masculino en un 68%. El promedio de tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta la consulta fue de 207 días 81.5% (53/65) de los pacientes presentaron adenomegalias localizadas, de los cuales el 66% correspondió a la región lateral cervical, 18.5% (12/65) presentaron adenomegalias generalizadas. La asociación con esplenomegalia se observó en el 18.5% (12/65), hepatomegalia en el 17% (11/65) y síntomas sistémicos en el 31% (20/65). Se realizaron radiografías de tórax en el 91% (59/65), constatándose ensanchamiento mediastinal en el 34% (20/59). Estudio de ecografía abdominal se realizó en el 55% (36/65), observando hepatomegalia en un 14% (5/36), adenopatías linfáticas en el 5% (2/36). Tomografía Axial Computada (TAC) de abdomen se realizó en el 49% (32/65), la cual reveló adenopatías retroperitoneales y paraaórticas en el 22% (7/32). La TAC de tórax se realizó en el 49%, presentando adenopatías mediastinales y nódulos pulmonares en el 37.5% (12/32). La biopsia ganglionar se indicó en un 66% de los casos, y aspirado de médula ósea en el 48%. Como diagnóstico final se tuvo una leve predominancia de patologías malignas, Adenitis infecciosa en el 37%, Hiperplasia reactiva inespecífica 5% (3/65), pero el porcentaje de enfermedad maligna, en este caso Linfoma de Hodgkin fue alto correspondiendo al 48% de los casos (31/65). **Conclusiones:** La atención del niño con adenopatía debe seguir un esquema de manejo organizado, orientado a adoptar la conducta más acorde a cada caso, buscando el diagnóstico oportuno y así asegurar el adecuado tratamiento.

Palabras claves: adenomegalia, diagnóstico, niño.

SUMMARY

Introduction: Adenopathy is one of the most frequent chief complaints in pediatric hematology. Although most cases are due to benign, transitory, self-limited processes, sometimes it is the first manifestation of a more severe disease, such as malignancy. **Objectives:** To determine the clinical characteristics and the diagnostic methods used in patients presenting with adenopathy at the Hemato-oncology Department of the Pediatric Service of the CMI-Hospital de Clínicas, from January 2000 to July 2005. **Materials and Methods:** This is a descriptive, retrospective, transverse cut study based on clinical records from January 2000 to July 2005. The following variables were studied: age, sex, affected area, time from onset, presence of visceromegaly, associated symptoms, use of diagnostic imaging, biopsy and final diagnosis. **Results:** A total of 65 patients presenting with adenopathy were analyzed. Age range was from 1 to 16, with a predominance of children under the age of 5 (41.5%) and a majority of males (68%). Average time since onset of symptoms was 207 days. Most, 81% (53/65) patients presented with localized adenomegaly, of which 66% were in the lateral cervical area. Only 18.5% (12/65) had generalized adenomegaly. The association with splenomegaly was seen in 18.5% (12/65), hepatomegaly in 17% (11/65) and systemic symptoms in 31% (20/65). Chest films were done in 91% (59/65), with a finding of widened mediastinum in 34% (20/59). Abdominal ultrasound was done in 55% (36/65), with a finding of hepatomegaly in 14% (5/36), lymph adenopathy in 5% (2/36). Abdominal CT was done in 49% (32/65), and showed retroperitoneal and para-aortic adenopathy in 22% (7/32). Chest CT was done in 49%, and showed mediastinal adenopathy and pulmonary nodules in 37.5% (12/32). Lymph node biopsy was indicated in 66% of cases, and bone marrow aspirate in 48%. Malignant diseases were slightly more frequent than benign diseases (infectious adenitis in 37%, non-specific reactive hyperplasia in 5%/3/65). Hodgkin's lymphoma was found in 48% of cases (31/65). **Conclusions:** Children with adenopathy must be managed according to a strictly ordered protocol, designed to deliver the best care for each case, with timely diagnosis and adequate treatment.

Key words: adenomegaly, diagnosis, children.

1) Departamento de Hemato-oncología, Cátedra de Pediatría, Centro Materno Infantil, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción. (CMI-FCM-UNA).

INTRODUCCIÓN

Las adenopatías constituyen una causa relativamente frecuente de consultas en pediatría, en los servicios de oncohematología, las mismas pueden deberse a estímulos infecciosos o no infecciosos, ya sean estos, procesos agudos o crónicos (1).

Por lo general se definen como el aumento de volumen de los ganglios linfáticos mayor a 1 cm., acompañados o no de otros síntomas, respondiendo a etiología multifactorial (1-3).

Algunos estudios consideran adenomegalia a todo ganglio mayor de 1,5 cm., para este trabajo se utilizó como parámetro la primera definición (4).

Es importante la caracterización de las adenopatías en cada caso en particular; de ello depende la conducta diagnóstica y terapéutica, incluida la decisión de biopsia, para definir si corresponde o no a enfermedad neoplásica. El tratamiento de esta patología es variable de acuerdo al análisis de cada caso (2,3,5).

Los ganglios aumentados de tamaño y/o de consistencia, denuncian desde situaciones triviales sin traducción patológica hasta enfermedades malignas, pudiendo ser acompañantes de otras manifestaciones clínicas o hallarse invadida por una patología sistémica (6-9).

El aumento de volumen ganglionar obedece a diversos mecanismos:

- 1) Estimulación antigénica repetida que lleva a hiperplasia folicular linfoide.
- 2) Invasión por: a) Histiocitos como se observa en la histiocitosis de Langerhans y en las enfermedades de depósito. b) Polimorfonucleares en las adenitis infecciosas. c) Células tumorales en las leucemias y tumores sólidos (4-10).

Aunque en bajo porcentaje, el aumento de volumen ganglionar puede representar una enfermedad maligna, por lo que se hace necesario que el pediatra evalúe detalladamente cada caso; es clave realizar una historia clínica exhaustiva, precisando en la ella:

- Edad
- Ubicación.
- Si son localizadas o generalizadas.
- Tiempo de evolución
- Características clínicas: tamaño, dolor, consistencia, sensibilidad, presencia de signos inflamatorios, supuración, fijación a planos superficiales o profundos
- Síntomas asociados: fiebre, odinofagia, síntomas respiratorios, exantema, dolor abdominal.
- Otros antecedentes: uso de medicamentos, contacto con gatos (2,4-11).

Además es importante determinar:

- En la piel: presencia de palidez, signos de hemorragia o síndrome purpúrico, exantema o lesiones supuradas cercanas al aumento de volumen ganglionar.
- Hepatoesplenomegalia.
- Examen bucal en búsqueda de caries o lesiones ulceradas; nasal para descartar obstrucción o descarga; ótico observando supuración o inflamación y faríngeo en búsqueda de úlceras o inflamación (6,7).

Las pistas diagnósticas por lo general se obtienen del análisis del conjunto de estos datos, del exhaustivo examen físico y las evaluaciones preliminares de laboratorio; pero el pediatra

debe ser conciente de la existencia de causas raras o poco frecuentes que pueden hallarse en la práctica (6-10).

La orientación de las distintas etiologías se plantea de acuerdo a sí las adenopatías son generalizadas o localizadas. En las localizadas, determinar el sitio específico donde se encuentran ayuda a precisar la etiología (4,10).

La linfadenopatía regional o localizada se define como el agrandamiento delimitado de ganglios linfáticos en regiones anatómicas contiguas. De manera típica las infecciones localizadas originan dicho agrandamiento delimitando a ganglios regionales, ello exige considerar las redes de drenaje de dichos ganglios linfáticos al valorar al paciente (5,7).

En tanto, la linfadenopatía generalizada es conceptualizada como el agrandamiento de dos o más regiones ganglionares no contiguas, asimismo puede incluir hepatoesplenomegalia, constituyéndose las causas: infecciones sistémicas, enfermedades autoinmunitarias o por depósito, neoplasias y reacciones medicamentosas entre otros. (9,10)

En general los ganglios de tamaño menor a 1 cm. podrían ser observados, salvo sean adenopatías epitrocleares, localización en la que se considerarían anormales (1); finalmente luego de este período de observación, en caso de persistir o empeorar, el pediatra debe plantear cuan profundamente estudiar al niño, de manera a definir la oportuna consulta con el hematólogo (8-10).

OBJETIVOS

Determinar las características clínicas y los métodos diagnósticos utilizados en pacientes que consultaron por adenomegalias en el consultorio externo del Departamento de Hemato-Oncología de la Cátedra de Pediatría del Centro Materno Infantil-Hospital de Clínicas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, mediante revisión de historias clínicas de pacientes que consultaron en el departamento de Hemato-Oncología de la Cátedra de Pediatría del C.M.I., en el periodo comprendido entre enero de 2000 hasta julio de 2005.

Se analizaron las siguientes variables:

Variables	Descripción
Edad	En años
Sexo	Masculino/Femenino
Región afecta	Localizada o generalizada
Tiempo de evolución	En días
Presencia de visceromegalias	Hepatomegalia y/o esplenomegalia
Síntomas asociados	Presentes o no
Auxiliares diagnósticos	Radiografía de tórax, ecografía abdominal, TAC de abdomen y de tórax
Realización de biopsia	Indicada o no indicada
Diagnóstico final	

Los datos fueron consignados en una planilla Excel y para el análisis de datos fue utilizado el programa estadístico "SPSS", versión 10.0 para Windows.

RESULTADOS

En el período de tiempo comprendido entre enero de 2000 y julio de 2005, se analizaron un total de 65 historias clínicas de pacientes que consultaron por adenomegalias en el departamento de Hematología de Cátedra de Pediatría.

En la distribución por edad, el rango fue de 1 a 16 años; con un predominio de los menores de 5 años (41,5%), en tanto que en la distribución por sexo, 44 (68%) pacientes eran de sexo masculino, y 21 (32%) eran de sexo femenino.

El promedio de tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta la consulta fue de 207 días.

De acuerdo a la distribución, las adenomegalias fueron localizadas en el 81.5% (53/65) de los casos, siendo el 66% (35/53) en la región cervical lateral. Adenomegalias generalizadas se observaron en un 18.5% (12/65) (Tabla 1).

Tabla 1: Distribución por región anatómica

Región	Cantidad	Porcentaje
Localizada	53	81.5
Cervical lateral	35	66.04
Supraclavicular	4	7.55
Axilar	4	7.55
Inguinal	3	5.66
No registrado	5	9.43
Generalizada	12	18.50
Total	65	100.00

zadas se observaron en un 18.5% (12/65) (Tabla 1).

Con respecto a visceromegalias, en el 18.5% (12/65) se constató esplenomegalia, y hepatomegalia en 17% (11/65). La presencia de síntomas sistémicos se observó en el 31% (20/65).

En cuanto a la utilización de métodos auxiliares de diagnóstico por imágenes se realizaron radiografías de tórax en el 91% de los casos (59/65), observándose ensanchamiento mediastinal en el 34% (20/59) de estas. En un 55% de los pacientes se realizó ecografía abdominal (36/65), constatando hepatomegalia en el 14% (5/36) de estas y adenopatías en el 3% (2/36). TAC de abdomen se realizó en el 49% de los casos (32/65), se encontraron adenopatías retroperitoneales y paraaórticas en un 22% (7/32) de los pacientes. En 49% (32/65) de los pacientes se realizó TAC de tórax, presentando adenopatías mediastinales y nódulos pulmonares el 37.5% (12/32) (Tabla 2).

La biopsia fue realizada en el 66% (43/65) de los casos estudiados.

Finalmente con respecto al diagnóstico definitivo, el 48% (31/65) correspondió a Linfoma de Hodgkin, en tanto que el 37% (24/65) eran adenitis infecciosa, y el resto correspondió a otras patologías benignas (Tabla 3).

Tabla 3: Diagnóstico definitivo

Diagnóstico Final	Cantidad	Porcentaje
Linfoma de Hodgkin	31	47.69
Adenitis infecciosa	24	36.92
Neurofibromatosis	1	1.54
Origen desconocido	9	13.84
Total	65	100

Tabla 2: Medios Auxiliares de Diagnóstico

Radiografía De Tórax	Cantidad	Porcentaje	Ecografía abdominal	Cantidad	Porcentaje
Normal	39	60	Normal	29	44.62
Ensanchamiento Mediastinal	20	30.77	Hepato Esplenomegalia	5	7.69
No registrado	6	9.23	Ganglio linfático	2	3.08
Total	65	100	No registrado	29	44.62
			Total	65	100
TAC de tórax	Cantidad	Porcentaje	TAC de abdomen	Cantidad	Porcentaje
Normal	20	30.77	Normal	25	35.21
Adenopatía mediastinal	10	15.38	Ganglios retroperitoneales y/o Ganglios Paraaórticos	7	9.86
Nódulos pulmonares	2	3.08	No registrado	33	46.48
No registrado	33	50.77	Total	65	100
Total	65	100			

DISCUSIÓN

La linfadenopatía periférica es un hallazgo común en pediatría, al punto que muchos niños normales tienen adenopatías palpables cervicales o inguinales como resultado del agrandamiento del tejido linfóide debido a la exposición subsecuente a antígenos. De hecho la gran mayoría de los niños portadores de adenopatías son evaluados, tratados y reciben seguimiento ambulatorio de pediatría general, una minoría de los mismos llegan a los consultorios de hemato-oncología. Lo preocupante de esta situación radica en la subestimación en muchos casos de la etiología de estos agrandamientos linfáticos, considerando que los mismos pueden constituir un indicador de patologías malignas (1,4,9,11,12).

En este trabajo un dato de valor negativo, justamente lo constituyó el largo tiempo transcurrido desde la aparición de los síntomas hasta la consulta al departamento de hemato-oncología, con un promedio de 207 días, retrasando así el diagnóstico precoz, no se halló registro de este dato en otras publicaciones, asumiendo que se debe a la diferencias existentes entre nuestro país y otros en cuanto a la accesibilidad a los servicios básicos de salud con que dispone la población. En cambio, se constató que las adenopatías de más larga data están asociadas en mayor medida a procesos malignos (12,13).

Determinar la causa de adenomegalia en niños, puede a veces resultar difícil. Una adecuada historia clínica, examen físico y auxiliares diagnósticos como análisis laboratoriales e imagenología, pueden orientar y aclarar el diagnóstico, pero aún así hay un grupo de pacientes en el cual el diagnóstico es difícil (4,9-11). De hecho se destaca que en el presente trabajo se pudo determinar la etiología en la mayoría de los casos, en comparación a series similares, las que destacan que la vasta mayoría de las adenomegalias son de origen desconocido (4,12,13).

En este estudio se observó una predominancia de patología maligna, destacándose el linfoma de Hodgkin, lo que se debe a que la población estudiada corresponde a pacientes asistidos en un departamento de hemato-oncología (12).

La gran mayoría de los casos corresponden a adenomegalias localizadas, siendo relativamente rara la presentación generalizada, lo cual coincide con trabajos similares; lo que permite destacar la relación de estas con procesos malignos. De las adenomegalias localizadas, la región comprometida con mayor frecuencia es la cervical lateral; sitio habitual de las adenopatías de origen infeccioso, lo que hace subestimar en algunas oportunidades la etiología de las mismas (4,11,12).

El punto de corte para considerar adenopatía fue de 1 cm., lo cual varía ligeramente según la localización anatómica; aun así la presencia de adenopatías en regiones como la cervical

baja o supraclavicular aunque apenas superen los 1 cm. debe inducir siempre a investigar patologías malignas, siendo estos pacientes candidatos a biopsia temprana (1,12).

La asociación de adenomegalias con visceromegalias o síntomas sistémicos concomitantes, sirven en las evaluaciones iniciales para orientar los estudios y los auxiliares diagnósticos, según se sospeche de afecciones benignas o malignas (11,12).

Los estudios por imágenes como la ecografía, tomografía o resonancia, sirven para descartar o confirmar la eventual presencia de adenomegalias en regiones tan importantes como el mediastino o el retroperitoneo (4,10).

En series extranjeras en el grupo de adenomegalias por patologías benignas se pudieron hacer los diagnósticos específicos en muchos casos, lo cual no se pudo repetir en este estudio, por el costo de los métodos auxiliares de diagnóstico (12).

La biopsia fue el método por el que se certificaron finalmente muchos casos, se realizó en un porcentaje similar al de otros estudios. Pero en series similares se describe que un grupo de pacientes con una primera biopsia inespecífica termina finalmente desarrollando enfermedad maligna, confirmada en una segunda e incluso en algunos casos en una tercera biopsia (12).

Este grupo de trabajo alienta a realizar otros trabajos de este tipo, de manera a poder difundir protocolos de evaluación y seguimiento de agrandamientos ganglionares, considerando dos puntos importantes, en primer lugar el grupo etario más afectado, y en segundo, el gran aumento que se ha visto en los últimos años en el número de pacientes con patologías hemato-oncológicas de origen maligno, cuyo tratamiento y pronóstico dependen en gran medida del diagnóstico precoz.

CONCLUSIONES

Este estudio concluye que:

- Hubo predominancia del sexo masculino y de menores de 5 años.
- El promedio de días transcurridos desde el inicio de los síntomas hasta la primera consulta fue de 207.
- Las adenomegalias fueron en su mayoría de distribución localizada, preferentemente en la región cervical lateral.
- La presencia de visceromegalias no fue significativa.
- La biopsia se indicó en un importante número de casos.
- Hubo una ligera predominancia de la patología maligna, y un bajo porcentaje de casos que quedaron con la denominación de origen desconocido.
- La patología maligna más frecuente fue el Linfoma de Hodgkin.

BIBLIOGRAFÍA

1. Szele C, Kelly R. Linfadenopatía. *Pediatr Clin North Am.* 1998;45:859-73.
2. Cruz O. Diagnóstico diferencial de las adenopatías. En: Cruz Hernández M, editor. *Tratado de Pediatría.* 8ª ed. Madrid: Ediciones Ergon.2001.p.1453-458.
3. Ríos E. Adenopatías en el niño. En: Meneghello R, Fanta N, París M, Puga T, editores. *Pediatría.* 5ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.1997.p.1765-769.
4. Comité de Hematología. Adenomegalias en niños: normas de diagnóstico y tratamiento. *Arch Argent Pediatr.* 2003;101(3):229-33.
5. Twist C. Initial Assessment of Lymphadenopathy in children. Division of hematology. Oncology and Stem Cell Transplantation. Stanford University School of Medicine. *Pediatr Clin North Am.*2002;49(5):1009-25.
6. Winsor JJ. Car-scratch disease: epidemiology, aetiology and treatment. *Br J Biomed Sci.* 2001;58:101-10.
7. Peters T, Edwards KM. Cervical Lymphadenopathy and adenitis. *Pediatr Rev.* 2000;21:399-405.
8. Bedros A, Mann JP. Lymphadenopathy in children. *Adv Pediatr.* 1981;28:341-76.
9. Batista J. Adenomegalia en la infancia. *Pediatr (Asunción).*2000;27(suppl 1): 208-11.
10. Tordecilla J, Joannon P, Montenegro B. Adenopatías en la infancia. *Rev Chil Pediatr.* 2005;2(2):21-4.
11. Sociedad Chilena de Pediatría. Pautas, diagnóstico, terapéuticas para la práctica clínica: Adenopatías en la Infancia 2006. Disponible en <http://www.sochipe.cl>
12. Kumral A, Olgun N, Mutafo K, Funda C. Assessment of Peripheral Lymphadenopathies: Experience at a Pediatric Hematology-Oncology. *Pediatric Hematol Oncol.*2002;19:211-18.
13. Karadeniz C, Oguz A, Ezer U, Ozturk G, Dursun A. The etiology of peripheral lymphadenopathy in children. *Pediatr Hematol Oncol.* 1999;16:525- 31.