

# ADENOMEGALIAS EN PEDIATRÍA.



Hospital Zonal General de Agudos Descentralizado “Virgen del Carmen” Zarate.  
Servicio de Pediatría. Residencia de Clínica Pediátrica.

**Autores:** Dr. Marcelo Adolfo López (Instructor de Pediatría) / Dr. Laura Gasque (Jefa de Sala).

**Revisores:** Dra. Silvina Fontana / Prof. Dr. Juan Reichenbach.  
Portal de Educación Permanente en Pediatría.

## 28.1

### Situación Clínica.

Julio, de 6 años de vida, es traído a la consulta por presentar adenopatías laterocervicales y submaxilares de 1 cm. de diámetro. Ha consultado en reiteradas oportunidades a distintos facultativos quienes le han solicitado distintos estudios de laboratorio. Recibió Amoxicilina durante 7 días.

## 28.2

### Situación Clínica.

Lila de 10 años de vida es traída a la consulta por que la mamá le descubre una tumoración submaxilar, de aproximadamente 3 cm. de diámetro, dolorosa a la palpación, no adherida, sin otros datos al examen físico.

## 28.3

### Situación Clínica.

Juan José, de 13 años, comienza hace cinco días con adenomegalía subángulo – maxilar, de 3 cm x 1,5, dura a la palpación. Fue examinada por un facultativo quien indicó Cefalexina a dosis habituales. Regresa al concluir el tratamiento y se advierten varias adenopatías, adheridas entre sí, duras, poco móviles, escasamente dolorosas. No hay otros signos.

## 28.4

### Situación Clínica.

Lautaro, de 7 años es traído a la consulta por presentar tumefacción cervical bilateral. No ha presentado fiebre y se encuentra en buen estado general. Se palpan adenomegalias cervicales, de 2 cm. de diámetro, dolorosas. Fauces eritematosas con exudado blanco amarillento sobre amígdalas. Interpretando el cuadro como una faringoamigdalitis, un facultativo indicó amoxicilina a dosis habituales. Cuatro días más tarde vuelve a la consulta con exantema máculo-papuloso generalizado y marcada astenia.

### Reflexiones.

¿Qué interpretaciones diagnósticas puede elaborar?  
¿Qué conducta tomaría?

Las situaciones presentadas nos muestran una forma de presentación común de patologías diferentes no solo en lo que refiere a su diagnóstico etiológico, sino también a su evaluación y pronóstico.

La primera consideración diagnóstica debe ser definir que se trata de adenomegalias, considerando el tamaño, la localización y la edad del paciente.

Una completa anamnesis es fundamental para orientarnos hacia un grupo limitado de “posibles etiologías” y no cometer el error de solicitar una lista interminable de estudios complementarios.

Es imprescindible, interrogar sobre:

- Fecha de comienzo.
- Forma de comienzo: síntomas locales o generales.
- Presencia o no de hipertermia
- Repercusión general.
- Vacunación (BCG).
- Contacto con animales (Toxoplasmosis, Chagas, arañazo de gato).
- Puerta de entrada (piodermatitis, pediculosis).

La segunda consideración a realizar debe ser su clasificación:

Según tiempo de evolución:

- a) Aguda: menos de 10 días. .
- b) Crónica: más de 10 días.

Según localización:

- a) Localizada.
- b) Generalizada.

Al examen físico debemos analizar las características del ganglio, localización, movilidad, dolor, adherencia a planos superficiales y profundos, presencia de linfangitis, fluctuación, aumento de temperatura, periadenitis, y medir periódicamente el ganglio. Se debe determinar la presencia de hepatoesplenomegalia o tumor.

Los métodos complementarios de diagnóstico, se usarán racionalmente de acuerdo a la sospecha diagnóstica. En general se solicitará hemograma, eritrosedimentación, hisopado de fauces. Aquellas adenomegalias, que nos orienten a patologías severas se incluirán estudio hematológico completo, reacción de Paul Bunell- Davidson, Sabín Feldman, radiografía de tórax. Si fluctúa será indicación de drenaje quirúrgico y cultivo.

La biopsia será considerada en:

- El lugar es sospechoso (supraclavicular, infrahioideo).
- Sospecha de malignidad (repercusión general, síndrome febril prolongado, adelgazamiento).
- Aumenta de tamaño a las 2 semanas.
- No disminuye a las 4 semanas.
- No regresa a su tamaño normal a las 10 semanas.

La adecuada información al niño y su familia acerca de la técnica, las eventuales complicaciones y los pormenores de la interna-

ción, forman parte inseparable de los derechos del paciente y de las obligaciones del profesional. La ansiedad y el sufrimiento del paciente debe ser mitigado con ternura y trato humanitario.

Se tendrá siempre presente, cuando la evolución no es la esperada en un paciente con adenomegalias, la interconsulta a un servicio de onco-hematología.

## Comentario: Adenomegalias en pediatría.

### Introducción.

Las adenopatías constituyen uno de los motivos de consulta más frecuentes en pediatría. Las posibilidades etiológicas incluyen desde infecciones banales localizadas o generalizadas de resolución espontánea, hasta procesos graves como neoplasias de estirpe hematológica o metástasis de tumores sólidos cuyo diagnóstico precoz puede tener implicaciones pronósticas. 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.

### Concepto.

El ganglio linfático es una formación ovalada con una cápsula fibrosa que lo recubre.

Histológicamente se divide en dos regiones: cortical, con folículos germinales y una zona interfolicular, y medular, con cordones de células plasmáticas y linfocitos B pequeños.

La definición de adenopatía no es clara y suele asociarse con el aumento de tamaño del ganglio linfático. Algunos autores consideran adenopatías a aquellas superiores a 1 cm de diámetro, y otros a cualquier ganglio linfático visible o palpable, independientemente del tamaño.

Clínicamente, parece razonable definir el tamaño anormal según la localización:

- mayor de 1 cm en ganglios cervicales y axilares.
- mayor de 1,5 cm en ingle.
- mayor de 0,5 cm en epitrocleares.

Hay lugares donde se deben considerar patológicos independientemente del tamaño. Aquellos ganglios palpables en las regiones supraclavicular, retroauricular, poplítea o ilíaca y la evidencia radiológica de adenopatías mediastínicas o abdominales son ejemplos de ello.

Como pediatras es importante, luego de un interrogatorio y examen físico exhaustivo, tener una primera impresión diagnóstica, que nos permita orientar, si estamos en presencia de una:

Adenomegalia BENIGNA, a la que alcanza la regresión espontánea o por un tratamiento sencillo y que generalmente son causadas por infecciones, virales o bacterianas.

Adenomegalia por ENFERMEDAD GRAVE, SERIA O PROGRESIVA, sean malignas (cáncer) o no (Histiocitosis, sarcoidosis, micosis profundas, etc.)

Desde el punto de vista anatómico-patológico podemos clasificar a las adenopatías en:

**a) adenitis:** causada por el drenaje linfático del territorio donde asienta un foco inflamatorio, habitualmente local y bacteriano. Existe adenomegalia con tetrada de Celso.

**b) Linfadenopatía hiperplásica reactiva:** aumento numérico de las células normales del ganglio. Son las adenopatías más frecuentes.

Representan respuestas a diferentes antígenos, infecciosos o in-

munológico, por lo que suele tratarse de adenopatías generalizadas. Las causas más comunes son las enfermedades virales sistémicas y, con menor frecuencia, procesos como enfermedad de Kawasaki, tuberculosis, colagenosis, enfermedad del suero o sarcoidosis.

**c) Adenopatía linfoproliferativa:** causada por trastornos linfoproliferativos o neoplasias del tejido linforreticular, linfomas o con manifestación primaria en la médula ósea y sangre periférica, y posterior afectación ganglionar, leucemias.

**d) Adenopatía tumoral metastásica:** secundaria a tumores sólidos en la región drenada por dichos ganglios, habitualmente carcinomas que metastatizan por vía linfática.

**e) Adenopatía reticulohistiocitaria tumoral:** originada por la proliferación del sistema reticuloendotelial, en los síndromes histiocitarios (histiocitosis de células de Langerhans y síndromes hemofagocíticos).

**f) Adenopatía reticulohistiocitaria de depósito:** enfermedades de depósito de lípidos (cerebrósidos en la enfermedad de Gaucher y esfingomielina en la enfermedad de Niemann-Pick).

Habitualmente a las adenopatías se las clasifica según la cantidad/áreas afectadas como:

- ADENOPATIAS LOCALIZADAS: Un solo grupo
- ADENOPATIAS REGIONALES: Dos o más grupos de una misma región
- ADENOPATIAS GENERALIZADAS: Dos o más regiones no contiguas

### Orientación clínica.

- La presencia de signos y síntomas sistémicos, descenso de peso, fiebre, sudor nocturno, prurito, mialgia, artralgia, se asocia a linfoma, aunque son signos inespecíficos.
- Síndrome de la vena cava superior, dolor óseo, epistaxis recurrente, disnea, petequias, derrame pericardio o pleural, se encuentran en enfermedades graves, sean estas malignas o no.
- La ausencia de síntomas sistémicos y el buen estado general pueden resultar malos indicadores de "presunta" benignidad.
- Las adenopatías neoplásicas suelen ser sólidas, indoloras, con aumento de tamaño, con tendencia a confluir, pegotarse entre sí y con los tejidos.
- La localización cervical inferior y supraclavicular son preocupantes.
- El tamaño ganglionar no es un parámetro que nos permita inferir benignidad, es preocupante el aumento de tamaño en 3 semanas, en ausencia de signos inflamatorios.
- La adhesión, la supuración, y fluctuación son casi exclusivas de enfermedad por arañazo de gato, tuberculosis, infecciones bacterianas.
- El dolor es significativo en los cuadros benignos, la ausencia de dolor se encuentra en el 90% de adenopatías neoplásicas.
- El tiempo de evolución corto no nos permite orientación entre benigno o maligno, pero la evolución mayor a 3 semanas, con aumento de tamaño y sin dolor se asocia a malignidad.

## Adenopatías localizadas.

### 1) Cervicales.

Reciben el drenaje linfático de lengua, oído externo, glándula parótida y estructuras profundas del cuello (incluyen laringe, faringe, tiroides y tráquea). La inflamación o infección de estas estructuras origina el agrandamiento de los correspondientes ganglios.

Se consideran cuatro grupos según la localización y evolución:

- Aguda bilateral.
- Aguda unilateral.
- Subaguda unilateral.
- Subaguda bilateral.

**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. La infección por el virus de la rubéola ocasiona característicamente adenopatías occipitales. Agentes menos frecuentes son *Mycoplasma pneumoniae* y *Streptococcus pyogenes*. Citomegalovirus (CMV) y virus de Epstein-Barr (VEB) pueden presentarse así aunque suelen cursar como adenopatías subagudas bilaterales.

Son adenopatías pequeñas, renitentes, móviles y sin eritema ni calor en la piel suprayacente. Suele haber ambiente epidemiológico catarral familiar o escolar y síntomas como odinofagia o rinorrea.

El proceso es autolimitado.

**Adenopatías cervicales agudas unilaterales:** originadas con frecuencia por agentes bacterianos, principalmente *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes*.

Puede haber fiebre y afectación del estado general.

Su tamaño varía (3-6 cm) y la movilidad es escasa, con signos evidentes de inflamación (dolor, calor y rubor). Pueden presentar fluctuación y requerir drenaje quirúrgico.

Es importante examinar el estado de las piezas dentarias y tener en cuenta según ello a los agentes anaerobios.

En recién nacidos y lactantes de corta edad es frecuente el síndrome celulitis-adenitis por *Streptococcus agalactiae*, que asocia adenopatía, inflamación facial y sintomatología general. Se considera una enfermedad grave.

El tratamiento incluye analgésicos y antibióticos empíricos para cubrir los dos agentes más prevalentes (*S. aureus* y *S. pyogenes*). Habitualmente se indica cefalexina (50-100 mg/kg/día en 3 ó 4 dosis) vía oral.

Si la causa es odontológica, es útil amoxicilina-clavulánico vía oral (50 mg/kg/día en 3 dosis). La clindamicina (30 mg/kg/día en 3 ó 4 tomas) es una alternativa cuando se sospecha anaerobios. La duración es de 10 días. Se recomienda aplicar calor local y, si la adenopatía se ha abscedado y existe fluctuación, la incisión y drenaje quirúrgico.

Los casos con indicación de ingreso hospitalario requieren tratamiento intravenoso; el más utilizado es amoxicilina-clavulánico (100 mg/kg/día cada 6 h), ceftriaxona (50-100 mg/kg/día) o clindamicina (40 mg/kg/día cada 6-8 h).

La enfermedad de Kawasaki debe ser tenida en cuenta en menores de 5 años con adenopatía cervical aguda unilateral en especial si presentan fiebre de al menos 5 días, rash cutáneo, conjuntivitis, mucositis o descamación posterior de palmas y plantas.

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 rabdomiosarcoma; posteriormente, los linfomas.

La enfermedad de Hodgkin presenta adenopatías cervicales hasta en el 80-90% frente al 40% del linfoma no Hodgkin. Las características clínico-analíticas son: pérdida de peso, sudoración, fiebre, falta de síntomas de vías aéreas superiores, alteración del hemograma o radiografía torácica, elevación de la velocidad de sedimentación globular (VSG) y adenopatías generalizadas sin clara justificación.

Criterios de Internación en pacientes con adenopatías cervicales agudas unilaterales:

- Falta de respuesta al tratamiento antibiótico inicial en 48-72 h.
- Afectación del estado general.
- Intolerancia a líquidos o a la medicación oral.
- Menor de 3 meses.
- Fiebre elevada en lactantes.
- Entorno familiar que no garantice el cumplimiento terapéutico y los cuidados generales.
- Sospecha de enfermedad de Kawasaki.
- Sospecha de enfermedad neoplásica

**Adenopatías cervicales subagudas/crónicas bilaterales:** causadas por virus específicos como Epstein Barr y citomegalovirus.

La sintomatología clásica es un cuadro mononucleósico/gripal, con adenopatías, fiebre, faringitis, cansancio y hepatoesplenomegalia. La faringitis del VEB es exudativa y cuando se indica amoxicilina, puede desarrollar exantema morbiliforme. Las adenopatías suelen situarse en el cuadrante cervical posterior; pero no es raro que hasta en un 90% de los casos sean generalizadas. El compromiso de la vía aérea (por la inflamación ganglionar) podría requerir un ciclo de corticoides, pero deben evitarse si se desconoce la etiología del cuadro, por la posibilidad de enmascarar o retrasar el diagnóstico histológico de una leucemia o linfoma.

La *Mycobacterium tuberculosis* origina con menor frecuencia estas adenopatías, ya que típicamente produce adenopatías crónicas unilaterales.

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), *Toxoplasma gondii* (toxoplasmosis) o *Treponema pallidum* (sífilis) pueden originar este tipo de cuadro, si bien suelen asociarse con adenopatías generalizadas. El tratamiento es indicado cuando se realiza el diagnóstico.

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

La *Bartonella henselae* origina la enfermedad por arañazo de gato, entidad relativamente frecuente, causada por la mordedura, lamedura o arañazo de gato, no siempre comprobable en la anamnesis. Tras 5-50 días de la inoculación la adenopatía se vuelve caliente, levemente eritematosa, pápula en el lugar de inoculación que puede remitir y no ser referida por el paciente.

Presentan fiebre, cefalea y malestar general. Se trata de una enfermedad autolimitada; la antibioterapia puede acortar su curso y prevenir la supuración. El tratamiento no está bien estandarizado.

La localización extrapulmonar más frecuente de la tuberculosis es éste tipo de adenopatía. Generalmente es resultado de la extensión desde los ganglios paratraqueales. Debe sospecharse ante contacto íntimo o familiar con persona diagnosticada de tuberculosis y sintomatología compatible. Más aún si es un adulto el contacto.

Las micobacterias no tuberculosas (*Mycobacterium avium* complex (MAC) y *Mycobacterium scrofulaceum*) producen adenopatías en niños inmunocompetentes menores a 5 años. Suelen ser firmes, no dolorosas, aumentan de tamaño con las semanas y generalmente son menores a 4 cm. La piel suprayacente adquiere un tinte violáceo y se vuelve apergamada; en ocasiones, terminan con supuración y fístulas crónicas. La biopsia escisional confirma el diagnóstico y es el tratamiento de elección por su mejor tasa de curación y resultados estéticos. El drenaje o la punción está contraindicado por la elevada probabilidad de fistulización crónica. Cuando la resección completa es imposible debe iniciarse terapia antimicobacteriana con posterior curetaje. El tratamiento farmacológico incluye un macrólido, azitromicina (5mg/kg/día) o claritromicina (15 mg/kg/día cada 12 h) junto a un antimicobacteriano, rifampicina (5 mg/kg/día cada 24 h) o etambutol

(15 mg/kg/día en una dosis).

La toxoplasmosis, sintomática en el 10% de casos, se presenta con linfadenopatías y cansancio sin fiebre. Las adenopatías suelen ser no supurativas, a veces dolorosas y de carácter crónico. Generalmente es autolimitada y no suele precisar tratamiento específico.

#### 2) Occipitales.

Drenan la zona posterior de la cabeza. Pueden corresponder a dermatitis seborreica, tiñas del cuero cabelludo, pediculosis o infecciones sistémicas como la rubéola o exantema súbito. Estas adenopatías se palpan hasta en el 5% de los niños sanos.

#### 3) Preauriculares.

Drenan la conjuntiva ocular, piel de la mejilla, y región temporal. La blefaritis, la conjuntivitis o el síndrome oculoganglionar de Parinaud pueden acompañarse de estas adenopatías. Los gérmenes implicados más frecuentemente son adenovirus, Chlamydia trachomatis o B. Henselae.

#### 4) Submaxilares.

Pueden ser debidas a infecciones dentarias, gingivostomatitis, faringitis, mucositis labial.

#### 5) 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.

#### 6) Axilares.

Recogen la linfa de extremidad superior y pared torácica. Las causas más frecuentes son la enfermedad por arañazo de gato, vacunación BCG, brucelosis, artritis idiopática juvenil y linfomas no Hodgkin.

#### 7) Mediastínicas.

Reciben la linfa del pulmón, corazón, timo y esófago. 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 en la radiografía 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, histoplasmosis, coccidiomicosis y sarcoidosis.

#### 8) Epitrocleares.

Asociadas a heridas en mano o antebrazo. No olvidar enfermedad por arañazo de gato.

#### 9) Abdominales y pélvicas.

Suelen diagnosticarse por estudios de imagen dado que suelen no ser palpables.

Sospecharlas ante 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.

Otros procesos relacionados con este tipo de adenopatías son: fiebre tifoidea, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, linfomas, neuroblastoma o tumor de Wilms.

#### 10) Inguinales e ilíacas.

Son secundarias a lesiones o infecciones de extremidades inferiores y región genital. Recordar enfermedades venéreas en adolescentes y abuso en niños menores. Son palpables en niños sanos, aunque generalmente son menores de 1-1,5 cm.

#### 11) Poplíteas.

Secundarias a infecciones de la piel y tejido celular subcutáneo de la extremidad inferior.

### Adenopatías generalizadas.

En la siguiente tabla se clasifican:

#### Infecciones

##### • Virus

- Mononucleosis infecciosa
- CMV
- Rubéola
- Varicela
- HIV
- Otros (herpesvirus, adenovirus, hepatitis, etc.)

##### • Bacterias

- Tuberculosis
- Sífilis
- Fiebre tifoidea
- Brucelosis
- Difteria
- Infecciones piógenas
- Salmonelosis

##### • Parásitos

- Toxoplasmosis
- Leishmaniasis (visceral y cutánea)
- Paludismo
- Filariasis

##### • Hongos

- Histoplasmosis
- Coccidiomicosis
- Otros:
  - Neoplasias
  - Leucemias
  - Linfomas (Hodgkin y no Hodgkin)
  - Histiocitosis
  - Neuroblastoma
  - Metástasis
  - Mielofibrosis con metaplasia mioide ganglionar

##### • Fármacos

- Hidantoínatos
- Otras: (carbamazepina, cefalosporinas, PAS, fenilbutazona, primidona, pirimetamina, sales de oro, sulfas, alopurinol, atenolol, etc.)

##### • Enfermedades autoinmunes

- Artritis reumatoidea juvenil
- Lupus eritematoso sistémico
- Dermatomiositis
- Enfermedad mixta del tejido conectivo
- Anemia hemolítica autoinmune
- Enfermedad de Kawasaki

##### • Hipersensibilidad

- Enfermedad del suero
- Reacción anafiláctica

- **Tesaurismosis**
- Gaucher
- Niemann-Pick
- Fabry
- Tangier
- **Otras**
- Hipertiroidismo
- Sarcoidosis
- Histiocitosis sinusoidal con linfadenopatía masiva
- Síndrome linfoproliferativo postrasplante
- Enfermedad granulomatosa crónica
- Cistinosis

## Diagnóstico.

La historia clínica debe recoger los siguientes datos:

- Duración: inferior a 15 días sugiere etiología inespecífica y las de mayor duración deben orientar a etiología específica.
- Localización.
- Síntomas asociados: fiebre, pérdida de peso, artralgias, rash cutáneo, síntomas catarrales.
- Enfermedades sistémicas: artritis idiopática juvenil, lupus eritematoso.
- Contacto con enfermos: infecciones respiratorias altas, tuberculosis, CMV, EBV.
- Contacto con animales: gatos, cabras, vacas, conejos, ratas, roedores o garrapatas.
- Historia alimentaria: ingesta de leche no pasteurizada o carnes poco cocidas.
- Lesiones cutáneas o traumatismos, problemas odontológicos o bucales.
- Tratamientos farmacológicos.
- Estado de vacunación.
- Estancia en países y zonas geográficas características.

El examen físico incluirá la valoración de:

- Localización: puede sugerir patología local o enfermedad sistémica.
- Número y tamaño: las neoplasias se encuentran más frecuentemente en ganglios mayores a 2 cm pero en hasta un 10-20% de casos pueden asentar en ganglios más pequeños.
- Fijación a planos adyacentes: las adenopatías benignas suelen ser móviles; las neoplásicas suelen estar adheridas a planos adyacentes.
- Consistencia: las benignas suelen ser blandas, mientras que los ganglios duros suelen deberse a procesos malignos.
- Dolor: sugiere un proceso agudo con aumento brusco del tamaño ganglionar. Las adenopatías micobacterianas son típicamente indoloras.
- Alteración de la piel suprayacente: eritema, calor, fluctuación, fistulización. Además, debe recoger el estado general, temperatura, presencia de enantemas o exantemas, signos hemorrágicos, hepatomegalia, esplenomegalia, estado articular y palpación de todas las regiones ganglionares.

Los exámenes complementarios deben ser dirigidos según la sospecha diagnóstica.

- Adenopatías cervicales sin signos de malignidad y que impresionan como adenitis bacteriana, es válido iniciar el tratamiento antibiótico empírico y observar la evolución. Si no cumple estas características se deberán realizar:  
Hemograma, eritrosedimentación, hemocultivos, serología para virus, bacterias y gérmenes atípicos, exudado faríngeo para estudio de virus y bacterias, y bioquímica con PCR y prue-

bas de función hepática. LDH, ácido úrico, fosfatasa alcalina, calcio y fósforo si se sospecha malignidad.

Pruebas específicas, como Paul-Bunnell o antígeno urinario de CMV, se solicitarán según la sospecha diagnóstica.

Para investigar tuberculosis, se realiza PPD y radiografía de tórax. En caso de supuración espontánea o tras drenaje, puede cultivarse el material purulento.

La ecografía permite evaluar adenopatías periféricas o profundas o descartar otras estructuras como quistes tiroglosos o branquiales.

La tomografía o la resonancia nuclear magnética tienen pocas indicaciones.

- Adenopatía supraclavicular: siempre debe realizarse biopsia.
- Adenopatías generalizadas: el estudio inicial incluye hemati-metría, bioquímica sanguínea, serología para virus y gérmenes atípicos, eritrosedimentación, PPD y placa de tórax. Adenopatías hiliares en la radiografía sugieren tuberculosis (máxime ante positividad tuberculínica), sarcoidosis o enfermedad de Hodgkin.
- Las pancitopenias no explicadas por infección vírica obligan a considerar el aspirado de médula ósea. Si persiste incierto el diagnóstico podría valorarse el estado de los anticuerpos anti-nucleares (ANA) para descartar enfermedad del colágeno.

El punto más controvertido es cuándo realizar la biopsia ganglionar. Las indicaciones para realizarla precozmente son:

- Síntomas sistémicos (fiebre de más de 7 días, sudoración nocturna o pérdida de peso mayor al 10%).
- Adenopatías en neonatos.

Se deberá realizar de forma menos urgente ante:

- Adenopatías con estudios etiológicos negativos; si a las 2 semanas el tamaño es mayor al inicial; el tamaño no disminuye a las 4-6 semanas; no se produce regresión total a las 8-12 semanas.
- Adenopatía supraclavicular o mediastínica.
- Consistencia dura y adhesión a piel o tejidos profundos.

Se prefiere la biopsia a cielo abierto a la punción-aspiración con aguja fina (PAAF) ya que ofrece información tanto de la presencia de células anormales como de la arquitectura ganglionar, fundamental en el diagnóstico de las linfomas.

## Diagnóstico Diferencial.

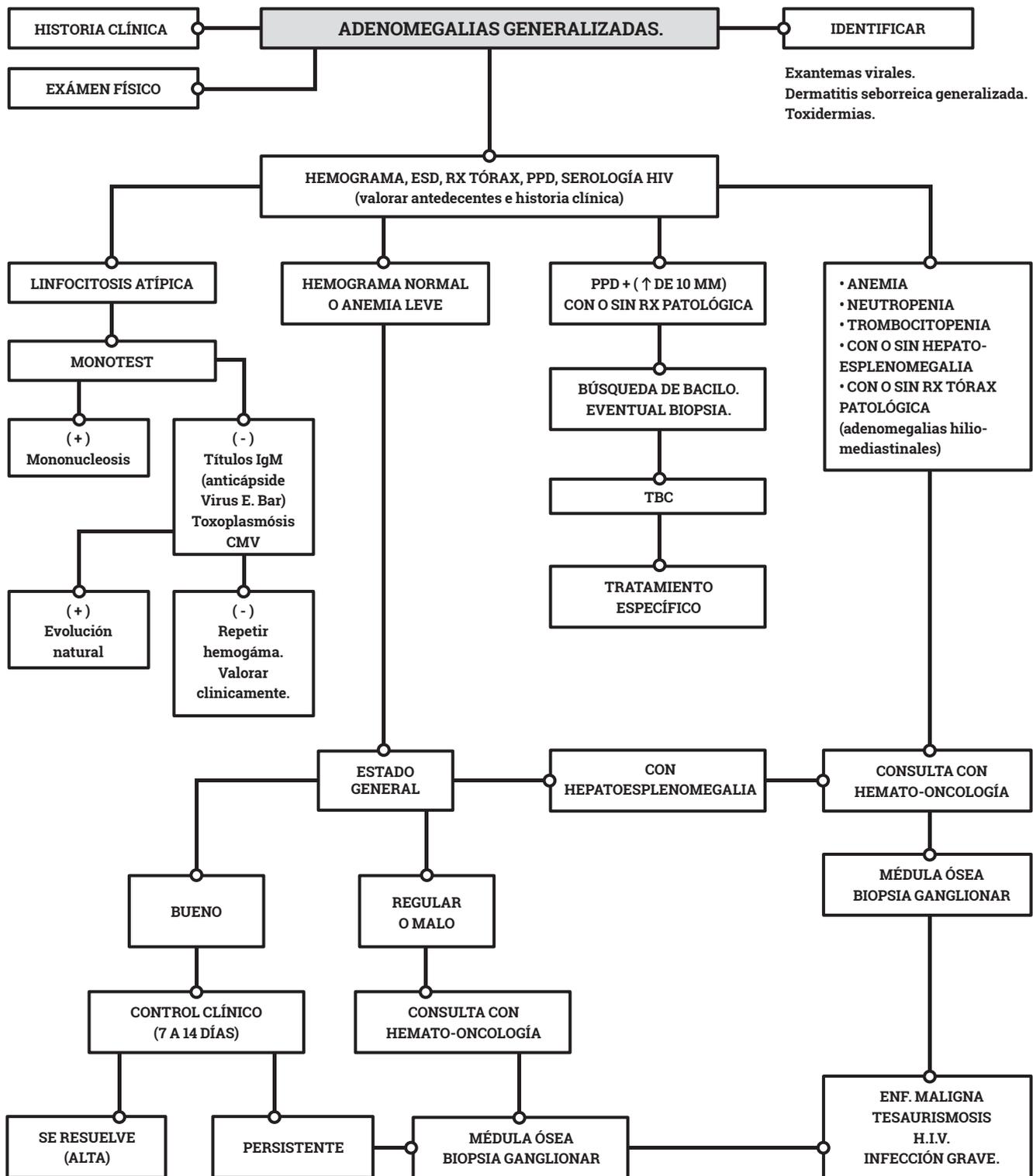
Las lesiones congénitas que se pueden confundir con adenomegalia y se deben considerar en el diagnóstico diferencial de un tumor de cuello en un niño pequeño son:

- **Higroma quístico:** proliferación de vasos linfáticos, blando, comprimible y transluminable, 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 musculo 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.

A continuación se muestran algoritmos a modo de orientación en el manejo de adenomegalias generalizadas y localizadas (fig.1, fig.2), sin que esto signifique el no uso del correcto criterio médico, evitando estudios innecesarios ante la firme sospecha de es-

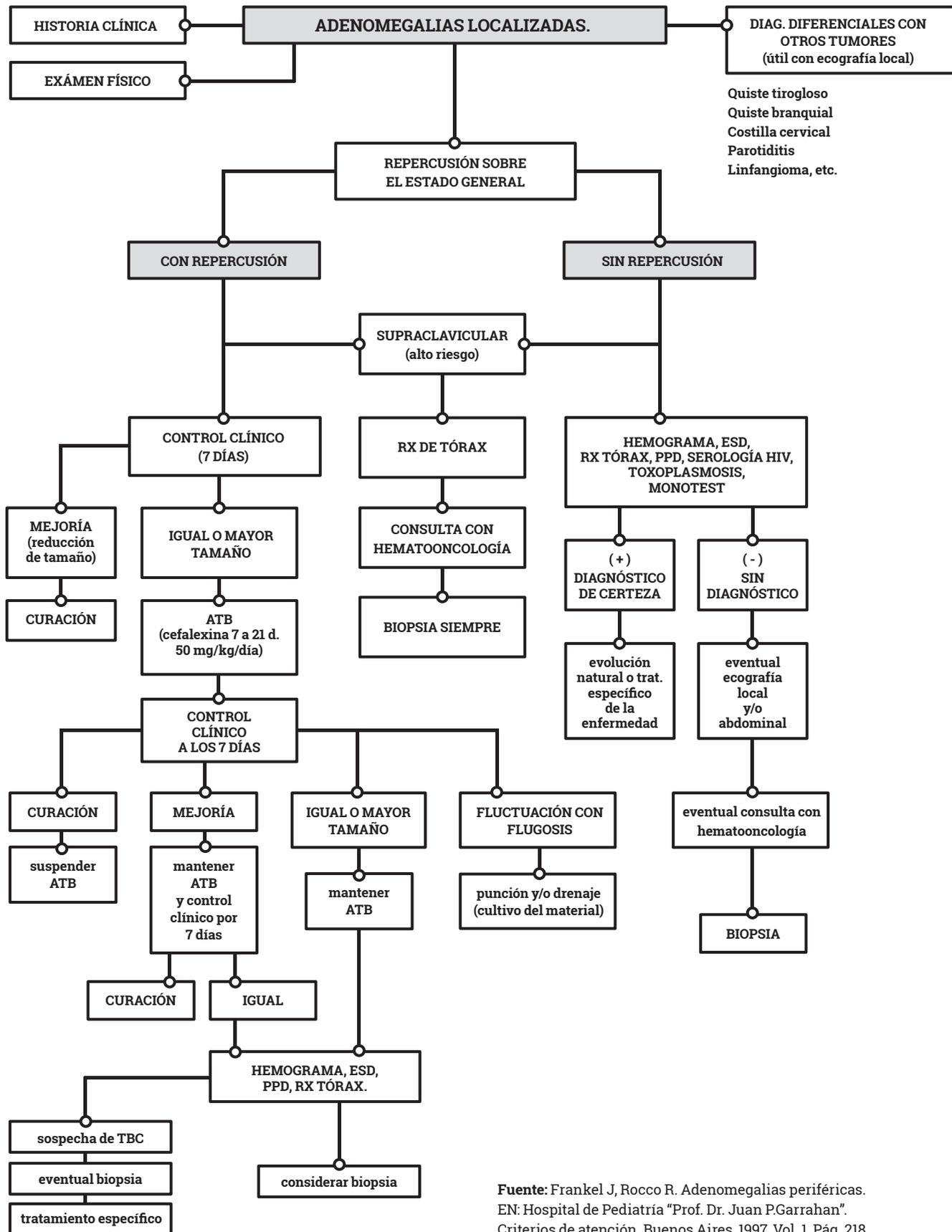
tar frente a un cuadro claro o la no dilación esperando resultados innecesarios cuando la derivación debe ser rápida y oportuna.

FIGURA 1. Algoritmo manejo adenomegalias generalizadas.



Fuente: Frankel J, Rocco R. Adenomegalias periféricas. EN: Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P.Garrahan". Criterios de atención. Buenos Aires, 1997. Vol. 1, Pág. 217.

FIGURA 2. Algoritmo manejo adenomegalias localizadas.



Fuente: Frankel J, Rocco R. Adenomegalias periféricas. EN: Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P.Garrahan". Criterios de atención. Buenos Aires, 1997. Vol. 1, Pág. 218.



## Bibliografía

—

1. Cruz-Martínez O. Diagnóstico diferencial de las adenopatías. E: Cruz M, et al. M Cruz
2. Frankel J, Rocco R. Adenomegalias periféricas. EN: Hospital de Pediatría “Prof. Dr. Juan P. Garrahan”. Criterios de atención. Buenos Aires, 1997. Vol. 1, Pág. 217.
3. Friedmann AM. Evaluación y tratamiento de la adenomegalia en niños. *Pediatr Rev (Ed. Esp.)* 2008; 29 (7): 266-272.
4. Francisco Álvarez Caro\*, Ángela Gómez Farpón\*\*, Raquel Blanco Lago\*, Mireia Arroyo Hernández\*, Santiago Jiménez Treviño\*, Sonsoles Suárez Saavedra\*, Julián Rodríguez Suárez\* y Francisco Álvarez Berciano# Adenopatías en Pediatría- *Arch Argent Pediatr* 2007; 105(4):342-350
5. Rocco R. Adenomegalias, Programa Nacional de Actualización Pediátrica, SAP, año 2002, pag 57 - 65.