



Atención del niño con adenopatía cervical en consulta externa

Office evaluation of cervical lymphadenopathy in children

Manuel Eugenio Narro-Flores,¹ José Luis Castañeda-Narváez,² Eduardo Arias-de la Garza²

Las adenopatías constituyen uno de los problemas clínicos más frecuentes que llevan a la consulta con el pediatra. Los ganglios linfáticos son parte del sistema inmunológico, con mayor capacidad de reacción ante diversos estímulos (infecciosos, neoplásicos e inmunológicos).¹

La adenopatía es el crecimiento de uno o varios ganglios linfáticos, que puede ser agudo o crónico. Si bien depende de la localización, casi siempre se consideran anormales cuando miden más de 1.5 cm, como los ganglios pétreos o de superficie irregular con ulceraciones o cuando hay fijación a planos profundos.² Se habla de adenitis cuando hay signos inflamatorios locales.

Por fortuna, entre 80 y 90% de las adenopatías en el cuello de pacientes pediátricos son benignas.³ Por su evolución, se consideran agudos los casos de menos de 21 días;^{4,5} los casos subagudos o crónicos evolucionan durante semanas a meses.⁵

El primer paso importante es la integración de la historia clínica y la adecuada y minuciosa exploración física que ayudarán a diferenciar entre posibles etiologías benignas o malignas.⁶ **Cuadro 1**

¹ Residente de Infectología pediátrica.
² Adscrito de Infectología pediátrica.

Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México.

Recibido: 19 de febrero 2020

Aceptado: 6 de marzo 2020

Correspondencia

José Luis Castañeda Narváez
drcastanedan@yahoo.com

Este artículo debe citarse como

Narro-Flores EG, Castañeda-Narváez JL, Arias-de la Garza E. Atención del niño con adenopatía cervical en consulta externa. Acta Pediatr Mex 2020;148-151. DOI: <http://dx.doi.org/10.18233/APM-41No3pp105-1142069>

Cuadro 1. Etiología y clasificación

Adenitis aguda bilateral
Virus respiratorios: virus sincitial respiratorio, adenovirus, influenza
Otros virus: Epstein-Barr, citomegalovirus, sarampión, parotiditis.
Adenitis aguda unilateral
Bacterias más frecuentes: <i>Staphylococcus aureus</i> y <i>Streptococcus pyogenes</i> .
Otras bacterias: anaerobios, <i>Streptococcus agalactiae</i> , <i>Brucella</i> , <i>Corynebacterium diphtheriae</i> , <i>Francisella tularensis</i> .
Enfermedad de Kawasaki
Adenitis subaguda y crónica
Infecciones más frecuentes: virus Epstein-Barr, citomegalovirus, micobacterias atípicas, tuberculosis, enfermedad por arañazo de gato.
Infecciones menos frecuentes: toxoplasmosis, brucelosis, infección por VIH, histoplasmosis.
Tumoral: linfoma, leucemia, metástasis.
Otros: enfermedad del suero, reacción a fármacos (captopril, hidralacina, carbamacepina, fenitoína, penicilina, cefalosporina), hipotiroidismo, sarcoidosis, histiocitosis, postvacunal.

Adaptado de Mary C. Etiology and clinical manifestations of cervical lymphadenitis in children. Up to Date, 20120 (en línea), disponible en : www.uptodate.com

EVALUACIÓN CLÍNICA

Interrogatorio

- Edad del paciente
- Tiempo de evolución: aguda o crónica
- Velocidad de crecimiento
- Localización: unilateral, bilateral o generalizada cuando abarca dos o más regiones no contiguas del cuerpo
- Forma de comienzo
- Cantidad de ganglios afectados

- Infecciones recientes: sobre todo de la vía respiratoria superior, por la alta incidencia de adenopatías reactivas
- Síntomas asociados: fiebre; síntomas constitucionales (pérdida de peso, fatiga, malestar general); conjuntivitis, faringitis, obstrucción nasal
- Viajes recientes
- Antecedentes de vacunación
- Contacto con animales: enfermedad por arañazo de gato, toxoplasmosis (gatos), brucelosis, tularemia (conejos)
- Ingesta de leche no pasteurizada o carne cruda no cocinada
- Antecedentes familiares
- Contacto con familiares enfermos. Contacto con pacientes con tuberculosis
- Episodios previos similares. Descartar inmunodeficiencia en casos recurrentes
- Ingesta de fármacos: cefalosporinas, fenitoína, carbamacepina, etc.

Exploración física

- Aspectos generales: estado nutricional, desarrollo psicomotor.
- Sistema linfático: el examen del sistema linfático incluye al hígado, al bazo y los ganglios linfáticos cervicales y no cervicales.
- La hepatoesplenomegalia con adenitis generalizada puede indicar infección sistémica (por ejemplo, EBV, CMV, VIH,

histoplasmosis, tuberculosis, sífilis) o etiología no infecciosa (por ejemplo: neoplasia maligna, enfermedad vascular del colágeno).

- La evaluación de los ganglios linfáticos debe incluir la cantidad, ubicación, tamaño, forma, consistencia, sensibilidad, movilidad, adherencia a planos profundos, dolor, cambios de coloración y temperatura:
- Ganglios linfáticos “reactivos”, casi siempre se sienten suaves, móviles y mínimamente sensibles.
- Ganglios linfáticos infectados: suelen ser aislados, asimétricos, sensibles, calientes y eritematosos, pueden ser fluctuantes.
- Ganglios linfáticos malignos: a menudo son duros, fijos o enmarañados con las estructuras subyacentes; por lo general no son dolorosos.
- Exploración de la cavidad bucal: buscar caries, enfermedad periodontal.
- Existencia o no de conjuntivitis (Kawasaki, infecciones virales).
- Heridas, picaduras.
- Alteraciones cutáneas: exantema, ictericia, púrpura y lesiones cutáneas próximas a la adenopatía.
- Exploración de articulaciones.

Signos de alarma

- Masas duras, adheridas a planos profundos, de diámetro mayor de 3 centímetros y progresión rápida, sobre todo en la región supraclavicular.

- Adenopatías generalizadas o confluentes.
- Pérdida de peso, fiebre mayor a 1 semana, sudoración nocturna, tos, disnea, disfagia,
- Hepatoesplenomegalia, palidez, púrpura, ictericia y síndrome hemorrágico.

Indicaciones de hospitalización

- Necesidad de terapia antimicrobiana parenteral.
- Linfadenitis cervical unilateral aguda con síntomas graves (por ejemplo: mal aspecto, fiebre, ganglio fluctuante, celulitis concomitante).
- Linfadenitis cervical unilateral aguda con síntomas moderados (por ejemplo: fiebre, ganglios no fluorescentes) que no responden o empeoran con la terapia antimicrobiana oral.
- Sospecha o diagnóstico de enfermedad de Kawasaki.
- Necesidad de incisión y drenaje.

Estudios de laboratorio y gabinete

La mayoría de los niños con adenopatías cervicales no amerita pruebas complementarias, porque casi siempre son benignas y de alivio espontáneo; sin embargo, cuando el clínico considere, por exploración clínica y tiempo de evolución, pueden practicarse en 3 niveles:

Primer nivel

- Biometría hemática.
- Pruebas de función hepática.



- PPD.
- Serología para Epstein-Barr virus, citomegalovirus, toxoplasma, VIH, *Bartonella henselae*.
- Hemocultivo.
- Radiografía AP y lateral de tórax.

Segundo nivel

- Ultrasonido cervical.
- Biopsia de ganglio. Se sugiere en las de localización supraclavicular, ganglios pétreos adheridos a planos profundos, tamaño mayor de 1.5 cm y aumento de tamaño progresivo, sin regresión en 6 a 8 semanas.

Tercer nivel

- Aspirado de médula ósea.
- Tomografía de tórax y abdomen.

CONCLUSIÓN

La adenopatía cervical es un proceso que puede atenderse en el primer o segundo nivel de atención de la salud. Es un proceso de origen benigno en la mayoría de los casos; sin embargo, es importante seguir un procedimiento diagnóstico adecuado que permita determinar su causa y descartar la malignidad.

REFERENCIAS

1. De Colsa RA, Vidal VP. Linfadenopatía. En: Gonzalez SN, et al. Infectología clínica pediátrica. Mexico: McGraw Hill, 2011; 855-90.
2. Martinez ML, Tenorio SJ. Adenitis cervical. En: Macias PM. Pediatría Clínica. Mexico: Intersistemas, 2018; 890-94
3. Weinstock M, et al. Pediatric Cervical Lymphadenopathy. Pediatrics in Review 2018; 39 (9): 433-43.
4. Sahai S. Lymphadenopathy Pediatrics in Review. 2013; 34 (5): 216-27. 10.1542/pir.34-5-216
5. Bozlak S, et al. Cervical lymphadenopathies in children: a prospective clinical cohort study. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2016; 82: 81-87. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2016.01.002>
6. Indolfi P, et al. Childhood head and neck lymphadenopathy. A report by a single institution (2003-2017). Pediatr Hematol Oncol. 2019; 41 (1): 17-20. doi: 10.1097/MPH.0000000000001273