

Perfil Clinicopatológico de la Linfadenopatía Cervical en niños

Experiencia de ocho años en un Hospital General Regional

Raquel Amador-Sánchez, Ileana Campos-Lozada,
Martha Fernández-Ramos, Jesús Alvaro Magaña-Mahler , Jesús Zarco-Contreras

Institución Hospitalaria

Servicio de Cirugía y Hemato-oncología Pediátricas
Hospital General Regional N° 1 Gabriel Mancera, IMSS.
México, D. F.

Solicitud de sobretiros: Dra. Raquel Amador Sánchez.
Servicio de Cirugía y Hemato-oncología Pediátricas
Hospital General Regional N° 1 Gabriel Mancera, IMSS.
México, D. F.

Resumen

Introducción: La adenopatía cervical en niños es la expresión clínica de una variedad de enfermedades que en ocasiones es difícil de diferenciar y que se puede confundir con otro tipo de lesiones menos frecuentes del cuello. Si la alteración ganglionar de más de un centímetro no se resuelve en el transcurso de 6 a 8 semanas de seguimiento con manejo conservador debe tomársele biopsia excisional para determinar etiología de la lesión. Corresponde al Cirujano Pediatra obtener la biopsia del o los ganglios linfáticos representativos del cuello para estudio histopatológico y con el diagnóstico etiológico dar al niño tratamiento integral oportuno.

Material y Métodos: Efectuamos la revisión retrospectiva, transversal observacional y descriptiva de una serie de casos de biopsias de adenopatía cervical representativa en el cuello de los niños enviados al servicio de cirugía pediátrica por médicos familiares, pediatras y hematólogos pediatras de nuestra zona de influencia en el periodo comprendido de Junio de 1998 a Febrero de 2006 analizando con medidas de tendencia central la edad, sexo, topografía cervical, tipo de lesión y seguimiento de los niños en base al reporte histopatológico definitivo.

Resultados: Obtuvimos las biopsias de los ganglios linfáticos afectados para proporcionar el mejor material al patólogo en improntas y revisión en fresco y fijación definitiva para realizar el diagnóstico,



Perfil Clinicopatológico de la Linfadenopatía Cervical en niños

pero en los sospechosos de malignidad el diagnóstico se confirmó por estudio de inmunohistoquímica y así obtuvimos 61 pacientes de ellos fueron 42 varones y 19 mujeres. El rango de edad fue de los ocho meses a 15 años con una mediana de siete años y promedio de 7.72 años. Por grupos de edad tuvimos dos lactantes menores, 21 preescolares, 19 escolares y 19 adolescentes. La linfadenopatía presentó una topografía en línea media anterior en cuatro niños; posterior en un niño; nueve submaxilares; una supraclavicular; tres bilaterales, 22 derechos y 21 izquierdos.

De los resultados histopatológicos tuvimos 37 con hiperplasia folicular reactiva; cinco con Enfermedad de Hodgkin; cuatro con Linfoma no Hodgkin; dos de Enfermedad de Castleman, uno de Enfermedad de Rosai Dorfman una Linfadenopatía angioin-munoblastica, un Hemangioendotelioma histiocitoide, un Schwannoma benigno, uno de Adenoma pleomórfico de glándula salival , uno de quistes tímicos en remanente tímico de cuello; cinco Linfadenitis granulomatosa y dos Linfadenitis por Criptococo.

Los 37 pacientes de Hiperplasia folicular reactiva se vigilan en su unidad médica de adscripción, se consideró curados a los siete pacientes que recibieron manejo médico para criptococosis y linfadenitis granulomatosa, que respondieron satisfactoriamente desaparecieron las lesiones del cuello, así como a los que se les resecó los remanentes tímicos del cuello y adenoma pleomórfico de glándula salival; finalmente los restantes 15 pacientes con neoplasias malignas y de comportamiento biológico invasor se les maneja en hematología pediátrica de la unidad hasta ahora.

Discusión: Más de la mitad de los pacientes biopsiados tuvieron hiperplasia folicular reactiva inespecífica siendo congruente con lo reportado en la literatura médica.

Las técnicas de inmunohistoquímica permitieron dar certeza diagnóstica en los casos sospechosos de malignidad, por lo tanto es necesario tener un alto índice de sospecha.

Palabras clave: Adenopatía cervical; Enfermedad de Hodgkin

Clinicopathologic profile of cervical lymphadenopathy in children Eight years experience in a Regional General Hospital

Abstract

Introduction: Cervical lymphadenopathy in children is the clinical expression of a variety of diseases is sometimes difficult to differentiate and can be confused with other neck injuries less common. If the disturbance node over an inch is not resolved in the course of 6-8 weeks of conservative management must follow tomársela excisional biopsy to determine etiology of the lesion. It is for the Pediatric Surgeon obtain biopsy or lymph nodes from the neck representative histopathology in the diagnosis and give the child full treatment course.

Material and Methods: We conducted a retrospective review, observational and descriptive cross a series of cases of cervical lymph node biopsy in the neck representative of children referred to pediatric surgery service for family practitioners, pediatricians and pediatric hematologists in our area of influence the period June 1998 to February 2006 to analyze measures of central tendency with age, sex, cervical topography, type of injury and monitoring of children based on the final pathological report.

Results: We obtained biopsies of lymph nodes involved to provide the best material to the pathologist in the fresh impressions and review and final determination for the diagnosis, but suspects the diagnosis of malignancy was confirmed by immunohistochemical study of 61 patients obtained so of them were 42 males and 19 women.

The age range was from eight months to 15 years with a median of seven years and an average of 7.72 years. By age groups had two infant children, 21 preschool children, 19 schools and 19 adolescents. Lymphadenopathy showed a topography in anterior midline in four children in a child later, nine submaxillary, a supraclavicular, three bilateral, 22 right and 21 left.

The histopathological results we had 37 with reactive follicular hyperplasia, five with Hodgkin's disease, four with non-Hodgkin lymphoma, two of Castleman's disease, one of Disease Rosai Dorf-



man a Angioinomunoblastica lymphadenopathy, a histiocytoid Hemangioendothelioma, a benign schwannoma, a salivary gland pleomorphic adenoma, a remnant of thymic cysts in thymic neck , five granulomatous lymphadenitis and two Cryptococcus lymphadenitis.

The 37 patients were monitored reactive follicular hyperplasia in the medical unit of assignment, it was considered cured at the seven patients who received medical management for cryptococcosis and granulomatous lymphadenitis, which responded satisfactorily disappeared neck injuries, as well as those who were resected thymic remnants in the neck and salivary gland pleomorphic adenoma and finally the remaining 15 patients with malignant and invasive biological behavior are handled in pediatric hematology unit so far.

Discussion: More than half of the biopsied patients had nonspecific reactive follicular hyperplasia remain consistent with those reported in the literature.

Immunohistochemical techniques allowed to diagnostic accuracy in suspected cases of malignancy, therefore it is necessary to have a high index of suspicion.

Index words: Cervical adenopathy; Hodgkin's disease.

Introducción

El crecimiento de uno o más ganglios linfáticos cervicales en un niño, es a menudo descubierto por los padres y pocas veces se considera un hallazgo serio.

La adenopatía cervical en niños, es la expresión clínica de una variedad de enfermedades que en ocasiones es difícil de diferenciar y se pueden confundir con otro tipo de lesiones menos frecuentes del cuello.

Los procesos infecciosos son la causa más común en la edad pediátrica, y a menudo se resuelve sin tratamiento.

La distribución de los ganglios linfáticos en cabeza y cuello es variable, dividiéndose habitualmente en tres grupos:

- 1) Cadena de Waldeyer
- 2) Ganglios submandibulares y submentonianos
- 3) Cadenas yugulares superficiales.

La función principal de los ganglios linfáticos es de secuestrar microorganismos que puedan infectar o inflamar el ganglio.

No todos los ganglios linfáticos palpables son anormales, considerándose adenopatía cuando el ganglio es mayor de 1 cm. de diámetro.

De forma inicial se debe vigilar este crecimiento así como determinar probables asociación con foco infeccioso evidente o no evidente.

En las primeras cuatro semanas, posterior a observarse adenopatías cervicales se debe de vigilar y dar tratamiento conservador; cuando no se obtiene una respuesta clínica al tratamiento se requiere realizar estudios de laboratorio y gabinete que orienten a determinar la etiología.

Si la alteración ganglionar no se resuelve en el transcurso de 6 a 8 semanas de seguimiento debe realizarse biopsia excisional del ganglio afectado para determinar etiología de la lesión.

Corresponde al cirujano pediátrico, obtener muestra representativa de los ganglios linfáticos del cuello.

El reporte del estudio histopatológico habitualmente es definitivo para determinar etiología de la lesión, reportándose en algunas series¹ como diagnósticos más frecuentes:

Hiperplasia reactiva inespecífica (50%), infección (25 %), neoplasias (15%), de esta última se observa como causa más frecuente Enfermedad de Hodgkin, y causas misceláneas (10%).

Posterior al diagnóstico es posible instalar un tratamiento específico e integral y en la mayoría de los casos de forma oportuna.

Material y Métodos

Se realizó revisión retrospectiva, transversal, observacional, y descriptiva de una serie de casos de pacientes a quienes se les realizó biopsia de adenopatía cervical representativa en el cuello.

Los niños fueron enviados por médicos familiares, pediatras y sub-especialistas pediatras de nuestra zona de influencia en el periodo comprendido de Junio de 1998 a Febrero de 2006, se analizaron con medidas de tendencia central la edad, sexo, topografía cervical, tipo de lesión y seguimiento de los niños, en base al reporte histopatológico definitivo. Tabla 1



Perfil Clinicopatológico de la Linfadenopatía Cervical en niños

Tabla 1. Características de los pacientes

Sexo	Masculino 42 (69%) Femenino 19 (31%)	69 % 31 %
Edad	De 8 meses a 15 años	Promedio 7.72 años
Grupos de edad	Lactantes menores 2 (3.3%)	3.3 % 34.4 %
	Preescolares 21 (34.4%)	31.1 % 31.1 %
	Escolares 19 (31.1%)	
	Adolescentes 19 (31.1%)	
Topografía de adenopatía	Línea Media Anterior 4	6.5 %
	Línea Media Posterior 1	1.7 %
	Submaxilares 9	14.7 %
	Supraclavicular 1	1.7 %
	Bilaterales 3	4.9 %
	Derechos 22	36 %
	Izquierdos 21	34.4 %
Tiempo de Evolución	De 4 semanas a 2 años.	Promedio 5 meses

Resultados

Se obtuvieron las biopsias de los ganglios linfáticos afectados, para proporcionar el mejor material al patólogo, en improntas y revisión en fresco, así como para realizar el diagnóstico en fijación definitiva, pero en los sospechosos de malignidad, el diagnóstico se confirmó por el estudio de inmuno-histoquímica, estudio que se realizó con apoyo Inter-institucional.

De esta forma se obtuvieron los siguientes resultados: Tabla 2 y Tabla 3

*La confirmación diagnóstico se realizó con inmuno-histoquímica realizada en las siguientes instituciones:

Instituto Nacional de Pediatría, SS, Hospital Central Sur Alta Especialidad, PEMEX, Hospital ABC, Privado, Hospital Español, Privado y Hospital de Pediatría, CMN Siglo XXI, IMSS.

Diagnóstico Histopatológico	Número de Pacientes	Porcentaje	Sexo
Enfermedad de Hodgkin	5	8.2 %	Masculino 5
Linfoma no hodgkin	4	6.5 %	Masculino 4
Total	9	14.7 %	Masculino 9

Tabla 3. Resultados Histopatológicos de biopsia cervical. **Patología maligna**

Tabla 2. Resultados Histopatológicos de biopsia cervical. **Patología benigna**

Diagnóstico Histopatológico	Número de Pacientes	Porcentaje	Sexo
Hiperplasia folicular reactiva inespecífica	37	60.6 %	Femenino 13 Masculino 24
Linfadenitis granulomatosa	5	8.1 %	Femenino 1 Masculino 4
Enfermedad de Castleman	2	3.2 %	Femenino 1 Masculino 1
Linfadenitis por criptococo	2	3.2 %	Femenino 2
Enfermedad de Rosai Dorfman (histiocitosis sinusoidal)	1	1.6 %	Masculino 1
Linfadenopatía angioinmunoblastica	1	1.6 %	Masculino 1
Hemangioretelioma Histiocitoide	1	1.6 %	Femenino 1
Shwanoma benigno	1	1.6 %	Masculino 1
Adenoma pleomórfico de Glandula salival	1	1.6 %	Masculino 1
Quistes tímicos en remanentes tímicos de cuello	1	1.6 %	Femenino 1
Total	52	84.7 %	Femeninos 19 Masculino 33

Una vez que se confirmó el diagnóstico histopatológico de acuerdo al resultado, en caso necesario se realizaron los estudios de laboratorio y gabinete, relacionados a la patología, y de acuerdo a resultados se instaló tratamiento específico, de la siguiente manera. Tabla 4 y 5

Los 37 pacientes de hiperplasia folicular reactiva se vigilan en su unidad médica de adscripción, se consideró curados a los 7 pacientes que recibieron manejo médico para linfadenitis granulomatosa y criptococosis que respondieron satisfactoriamente, desaparecieron las lesiones del cuello, así como en los que se resecó los remanentes tímicos de cuello y adenoma pleomórfico de glándula salival.

Finalmente en 15 pacientes, tanto los de neoplasia malignas como los benignos pero con comportamiento biológico invasor se les maneja en servicio de onco-hematología pediátrica de esta unidad.

Discusión

En este trabajo, más de la mitad de los casos (60%), de los pacientes biopsiados, tuvieron hiperplasia folicular reactiva inespecífica, a los cuales se les realizó estudios de laboratorio completos incluyendo serología viral, reportada como una etiología más frecuente a esta patología, y se relacionó en un caso con serología para



Tabla 4. Tratamiento y evolución.
Patología Benigna.

Diagnóstico Histopatológico	Tratamiento	Evolución	Estado Actual
Hiperplasia folicular reactiva inespecífica	estudio y vigilancia	Asintomáticos	Sanos
Linfadenitis granulomatosa	Estudio y antifímicos	Asintomáticos	Sanos
Enfermedad de castleman	Estudio y tx. Específico	Asintomáticos	En vigilancia
Linfadenitis por criptococo	Estudio y tx. Antimicótico	Asintomáticos	En vigilancia
Enf. De rosai dorfman (histiocitosis sinusoidal)	Estudio y vigilancia	Asintomático	En vigilancia
Linfadenopatía angioinmunoblastica	Estudio y vigilancia	Asintomático	En vigilancia
Hemangiendoendelioma Histiocitoide	Estudio y vigilancia	Asintomático	En vigilancia
Shwanoma benigno	Estudio y vigilancia	Asintomático	En vigilancia
Adenoma pleomórfico de Glandula salival	Resección Total	Asintomático	Curación
Quistes tímicos en remanente tímico de cuello	Resección total	Asintomático	Curación

Diagnóstico Histopatológico	Tratamiento	Evolución	Estado Actual
Enfermedad de Hodgkin	Estudios de Extensión	Quimioterapia y radioterapia	1 defunción 1 tratamiento 3 vigilancia
Linfoma no hodgkin	Estudios de Extensión	Quimioterapia y radioterapia	1 defunción 3 tratamiento

Tabla 5. Tratamiento y evolución.
Patología maligna

Citomegalovirus Ig G positivo que se dejó en vigilancia y en otro caso con serología positiva para Ig M, que requirió tratamiento médico con adecuada respuesta y negativización de serología con posterior vigilancia.

Lo anterior es congruente con lo reportado en la literatura médica.

Consideramos que las técnicas de inmuno histoquímica permitieron dar certeza diagnóstica en los casos sospechosos de malignidad o de difícil diagnóstico y por lo tanto es necesario contar con este tipo de estudios, por lo tanto es necesario tener un alto índice de sospecha que se debe descartar con biopsia temprana de

cualesquier adenopatía cervical en niños para evitar que pase inadvertido el diagnóstico de enfermedad maligna o infecciosa y dar tratamiento oportuno.

En nuestro reporte, los pacientes que cursaron con patología benigna, de tipo infiltrativo infeccioso o por alteraciones histológicas, fueron manejados con tratamiento específico y en el segundo caso con resección total de la lesión ambos grupos con curación total, lo anterior justifica de igual forma el manejo quirúrgico oportuno.

Considerando la frecuencia de presentación de las adenopatías cervicales en pediatría, que acuden de forma inicial a primer contacto de atención médica, consideramos de importancia la difusión de esta presentación, que se respalda con lo reportado en la literatura, para dar la importancia al manejo otorgado en primer nivel de atención y en caso necesario, pasar de forma inmediata al siguiente nivel de atención correspondiente.

Referencias

1. Marcy S. Michael. Cervical Adenitis. Pediatric Infectious Disease. William & Wilkins. 1985, Pág. S23 – S26.
2. Kim Stamos Julie, Corydon Kathleen, Donaldson James and Shulman Stanford T, Lymphadenitis as the Dominant Manifestation of Kawasaki Disease. Pediatrics, 1994. Pág. 525 - 527.
3. Hudson Melissa M, Donaldson Sarah S. Enfermedad de Hodgkin. Clínicas Hemato-oncologicas de Norte America, 2000. Pág. 911 - 919.
4. Nicklaus Pamela J and Kelley Peggy E.. Tratamiento de infecciones profundas en cuello. Clínicas Otorrinolaringológicas de Norte América. 2002. Pág. 1189 – 1195.
5. Brown Rebeccah, Aziz Khan Richard G., Lesiones de cabeza y cuello. Clínicas Pedátricas de Norte America, Vol. 4. 1998. Pág. 875 – 892.
6. Akiake Asano S. and Jinnsus Chy H. Et al. Necrotizing Lymphadenitis: a review of clinicopathological, immunohistochemical and ultrastructural studies. Hematol-oncol. 1990; Vol. 8. Pág. 251 – 260.

