

Planteamiento práctico ante una adenopatía cervical

(Resumen de la Mesa Redonda de la VI Jornada de Progresos en Pediatría Quirúrgica)

J. Elías Pollina, F. De Juan Martín*, P. Burgués Prades, A. Carboné Bañeres** y R. Álvarez Alegret***

Servicio de Cirugía Pediátrica; *Unidad de Infecciosos Pediátrica; **Unidad de Oncología Pediátrica y ***Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Infantil «Miguel Servet». Zaragoza.

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2005;35:17-20]

J.E.: Ante un paciente que presenta una tumoración cervical y es sospechoso de padecer una adenopatía cervical patológica, primero debemos descartar las patologías cervicales que se presentan como una tumoración.

¿Cuáles son las tumoraciones cervicales más frecuentes?

P.B.: Las tumoraciones cervicales más frecuentes son las adenopatías infecciosas. Sin embargo, en el cuello pueden presentarse masas de origen congénito, inflamatorio o tumoral y un grupo de diferente catalogación como podrían ser: ránula «sumergida», torticolis o venoma yugular. Entre las anomalías congénitas con las que habría que hacer diagnóstico diferencial se encuentran los quistes del conducto tirogloso, anomalías branquiales, linfangiomas, hemangiomas, quistes dermoides o epidermoides, restos tímicos cervicales o tiroides ectópico. De las masas inflamatorias y tumorales se hablará a lo largo de esta mesa redonda.

J.E.: Ahora que ya sabemos casi todas las posibilidades de tumoración cervical, ¿qué características nos hacen sospechar que se trata de una adenopatía?

P.B.: El cuello es una zona de gran riqueza en ganglios linfáticos que a efectos prácticos y didácticos podemos dividir en:

1. Grupos ganglionares: parotídeos, submaxilares, submentonianos, yugulares, pretraqueales, supraclaviculares y posteriores.
2. Cadenas ganglionares: dos cadenas horizontales, superior e inferior y tres cadenas verticales, anterior media y posterior.
3. Triángulos cérvico-craneales: preauricular, occipital, posterior, submaxilar y anterior.

Cada grupo ganglionar recibe el drenaje de un territorio de cabeza y cuello por lo que su localización podrá orientarnos del origen de la infección según la zona que drena en dichos ganglios. Es importante señalar que las adenopatías supraclaviculares suelen ser patológicas.

Cuando sospechemos que nos encontramos ante una linfadenopatía, debemos realizar una cuidadosa anamnesis con referencia a edad, fecha de inicio y duración de la tumoración, ritmo de crecimiento, sintomatología acompañante, contacto con animales o pacientes con TBC y tratamiento antibiótico previo. En la exploración física se considerará patológica toda adenopatía mayor de 1 cm de diámetro y constataremos la consistencia, movilidad, sensibilidad y localización de la adenopatía.

A efectos prácticos, en la exploración de una adenopatía podemos encontrar las siguientes características según su etiología:

1. Adenopatías hiperplásicas: móviles, pequeñas, insensibles y bilaterales.
2. Adenopatías piógenas: grandes, calientes, dolorosas y unilaterales.
3. Adenopatías neoplásicas: duras, adheridas, insensibles y sin signos inflamatorios.

J.E.: Los anatómicos han descrito hasta 317 ganglios cervicales, lo que representa 317 posibilidades de adenopatía. Sin embargo muchos niños normales tienen ganglios palpables, que no deben ser considerados adenopatías. Girodías considera que en pacientes normales, un 17% de los recién nacidos tienen adenopatías palpables, un 41% de los lactantes, el 18% de los niños entre 1 y 12 años y en un 22% de los adolescentes se pueden palpar adenopatías cervicales sin ninguna patología. Sin embargo hay otros ganglios que consideramos de entrada patológicos.

¿Qué hacemos ante la sospecha de posible ganglio patológico?

F.J.: En primer lugar debemos establecer un diagnóstico sintomático de aproximación de adenopatía de causa infecciosa y una vez realizado iniciar tratamiento empírico antibacteriano. Hay que tener en cuenta que la mayor parte de las adenopatías cervicales son de origen infeccioso y que en su etiología se ven involucrados gran variedad de bacterias, virus, parásitos y hongos.

Para lograr un diagnóstico de adenopatía infecciosa debemos hacer una buena anamnesis, en la que investigaremos: antecedentes de problemas dentales, infecciones de piel en la proximidad, exposición a animales, duración de la enfermedad, contacto con tuberculosos, riesgo de VIH, etc. En la exploración física buscaremos la presencia de: adenopatías en otras regiones ganglionares, hepatoesplenomegalia, lesiones orofaríngeas, dentales, exantemas, etcétera.

Podemos considerar hallazgos a favor de adenopatía infecciosa bacteriana: aumento rápido del tamaño, signos inflamatorios locales, adenopatía única, fiebre, dolor local, bordes mal definidos y la no adherencia a planos profundos. Por el contrario, a favor de una adenopatía por virus, hongos o parásitos: inflamación menos intensa, adenias en otras regiones, hepatoesplenomegalia y exantemas generalizados.

Si existe fuerte sospecha de que estamos ante un cuadro infeccioso, comenzaremos tratamiento antibiótico empírico, dirigido a los agentes bacterianos que están más frecuentemente involucrados en la etiología de la enfermedad como son *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus b-hemolítico* del grupo A (EBHGA), ambos suponen casi el 90% de la etiología de esta entidad. Los microorganismos anaerobios son excepcionales y sólo entran en consideración cuando existe patología dental.

El tratamiento antibiótico inicial irá orientado hacia el *S. aureus* y el EBHGA, bien por vía oral o intravenosa en función de la intensidad del cuadro y de la tolerancia oral del niño. Utilizamos por vía oral amoxicilina/clavulánico (50 mg/kg/24h, en 3 dosis), cefuroxima axetil (30 mg/kg/24h, en 2 dosis), o cloxacilina 50-100 mg/kg/24h, en 4 dosis). Por vía intravenosa: amoxicilina/clavulánico (100 mg/kg/24h, en 4 dosis), cefuroxima (100-150 mg/kg/24h, en 3 dosis) o cefotaxima (200 mg/kg/24h, en 4 dosis) + cloxacilina (100 mg/kg/24h, en 4 dosis). En alérgicos a los b-lactámicos se pueden utilizar macrólidos o clindamicina. El inconveniente de este último antibiótico es que para su administración por vía oral sólo existe en forma de cápsulas, que son de difícil toma para el niño pequeño, sin embargo sí puede utilizarse por vía intravenosa.

La duración del tratamiento debe ser de 10 días, pero hay que tener cuidado en aquellos casos que no inician mejoría al tercer o cuarto día.

J.E.: Si después de 72 horas de tratamiento antibiótico la adenopatía mejora, habrá que seguir en control, hasta terminar el tratamiento de 10 días y dar el alta. Pero puede ocurrir que con el tratamiento antibiótico descrito, no haya mejoría, en cuyo caso, ¿qué pruebas complementarias debemos realizar?

F.J.: Si no mejora al tercer o cuarto día de tratamiento hay que pensar en otra etiología distinta a la que hemos

orientado la antibioterapia o en una mala respuesta a la misma. Hay que continuar el tratamiento antibiótico, pero al mismo tiempo es recomendable efectuar algunas pruebas complementarias, fáciles de realizar en cualquier medio, como: hemograma, Mantoux, serologías TORCH y Epstein Bar y radiografía de tórax.

El hemograma nos puede orientar por el número de leucocitos, de neutrófilos o monocitos, incluso, a veces, nos vemos sorprendidos por la presencia de algún blasto. El Mantoux nos aproximaría a la etiología por *Micobacterias* típicas (tuberculosa) o atípicas. Las serologías nos ayudan al diagnóstico de adenitis debida a toxoplasma, CMV, herpes virus, rubéola o mononucleosis infecciosa. Por último, la radiografía de tórax nos podría poner en evidencia una tuberculosis pulmonar y que la adenopatía cervical pudiera ser manifestación de la misma enfermedad o, menos probablemente, pudiera observarse una masa tumoral mediastínica, expresión de un proceso maligno.

J.E.: Un hemograma y una bioquímica normales ¿descartan por completo la patología oncológica?

A.C.: Claro que no. Puede haber tumores como el linfoma de Hodgkin y el linfoma no Hodgkin (LNH) que se presentan con hemograma normal, incluso a veces en la fase precoz de una leucemia, puede haber infiltración medular sin que haya todavía células blásticas en sangre periférica.

J.E.: ¿Qué pruebas complementarias nos pueden alertar de un proceso hemato-oncológico?

A.C.: Mientras que unas pruebas elementales normales no descartan la existencia de un proceso hemato-oncológico, la alteración de algunos exámenes complementarios pueden hacer sospechar su existencia. Por ejemplo: una radiografía de tórax en la que se evidencie un ensanchamiento mediastínico obligará a descartar un proceso linfoproliferativo; un hemograma con presencia de importante anemia o trombopenia más leucocitosis o leucopenia (con o sin células blásticas), orientará hacia una posible leucemia; una bioquímica con aumento de la LDH, hiperuricemia, hiperfosforemia, trastornos de la calcemia, etc., debería hacer descartar la posible existencia de un síndrome de lisis tumoral.

J.E.: Si a pesar de todo ello, no hemos conseguido llegar a un diagnóstico etiológico, deberemos realizar otras pruebas complementarias. ¿Cuáles son?

F.J.: Si a pesar del tratamiento antibiótico durante 10 días y de las pruebas complementarias que hemos realizado no hemos conseguido la curación, ni averiguar la etiología de la adenopatía, debemos efectuar una PAAF. Esta prueba diagnóstica nos permitirá: conocer las características anatomopatológicas del ganglio; detectar bacilos ácidoacohol resistentes (BAAR), mediante tinción de Ziehl

Nielsen; y, por último, realizar cultivo de bacterias y Mycobacterias.

J.E.: La punción aspiración con aguja fina (PAAF), ¿qué es?

R.A.: La Punción Aspirativa con Aguja Fina (PAAF abreviado en castellano), es considerado hoy en día como un «Standard» diagnóstico en patología. Se trata de una prueba o herramienta diagnóstica (y en ocasiones terapéutica) rápida, sencilla y barata que permite una orientación diagnóstica tanto de masas palpables como en órganos profundos (en este caso la ejecución la realiza el radiólogo, guiada por ecografía o TAC).

Sus indicaciones, en el caso que nos ocupa, serían cualquier masa cervical que no sea un obvio absceso, y que persista tras 2 semanas de antibioticoterapia.

Se utiliza una aguja Fina (23G), hecho que reduce el sangrado, y evita, en casos de neoplasia, la propagación del tumor. No presenta contraindicaciones, salvo quizá las neoplasias vasculares, por motivo obvio.

J.E.: Pero, a veces, a pesar de su indiscutible utilidad, la PAAF por si sola no es suficiente ya que agrupa sus diagnósticos en 4 categorías: A) Benigno o reactivo; B) Neoplásico C) Atípico (sospechoso) y D) No diagnóstico, de las cuales las 2 primeras son muy útiles, pero las otras dos no permiten un diagnóstico seguro. Ahora bien, si asociamos la PAAF con la ECO se puede llegar a dar casi el 99 % de diagnósticos certeros.

A pesar de ello el interés de la PAAF no es sólo establecer un diagnóstico de malignidad, sino que tiene otras muchas posibilidades. ¿Cuáles son?

R.A.: La PAAF presenta varias facetas diagnósticas, que podemos resumir en:

- Estudio morfológico: Es el principal, y frecuentemente el único, y el que permite una orientación nosológica del proceso cervical ocupante de espacio. Las tinciones más habituales son la de Papanicolaou, y el Panóptico de Papenhein (variante de tinción «hematológica» de Romanovsky).
- Técnicas especiales:
 - Histoquímica: PAS (para evidenciar hongos), Ziehl-Nielsen (para evidenciar bacilos ácido-alcohol resistentes...).
 - Inmunohistoquímica: Marcadores de linaje.
- Estudio microbiológico (una parte del material puncionado se remite al S.º de Microbiología), para realizar:
 - Cultivo convencional.
 - Cultivo hongos (Sabouraud).
 - Baciloscopia y Löwenstein.
 - PCR de Micobacterias.

J.E.: Si a pesar de ello, no llegamos a un diagnóstico fiable, habrá que realizar una biopsia. ¿Qué ventajas/inconvenientes, tienen la PAAF y la biopsia?

R.A.: La PAAF presenta una serie de ventajas y desventajas respecto a la biopsia:

***Ventajas:**

- Aumento del muestreo.
- Menos invasiva.
- Diagnóstico inmediato.

***Desventajas:**

- Baja calidad en caso de personal no experimentado.
- Material limitado para técnicas complementarias.

Cabe reseñar, por último, como conclusión IMPOR-TANTE, que **una PAAF equívoca o sospechosa en nódulo pediátrico exige un estudio biopsico para descartar neoplasia o proceso granulomatoso.**

J.E.: Si llegamos al diagnóstico de Mycobacterias, debemos enfocar su tratamiento específico. Sin embargo, el manejo clínico de estos gérmenes no es fácil. ¿Cuál es pues la pauta a seguir ante la TBC y otras Mycobacterias?

F.J.: Al diagnóstico de adenitis por M. típicas o atípicas se llega por la prueba de Mantoux o por la existencia de BAAR (+) en la muestra conseguida por PAAF. La diferenciación entre ambas se conseguirá con el cultivo, pero el principal inconveniente que tiene es que se trata de un microorganismo de crecimiento muy lento y los resultados no se obtienen hasta que han transcurrido 30 o 40 días. Por medio de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) podemos realizar diagnósticos mas rápidos.

Existen datos que nos orientan hacia una etiología tuberculosa, como: existencia de contacto con un adulto enfermo de tuberculosis activa o familiares próximos que tengan Mantoux positivo; Mantoux mayor de 15 mm; radiografía de tórax patológica; presencia de hallazgos histopatológicos sugestivos; paciente mayor de 4 años; o detección rápida por PCR de bacilo tuberculoso.

Si se llega al diagnóstico de M. atípica, el tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica. A veces, no es posible la exéresis, debido fundamentalmente a las características de la adenopatía, como su situación, fistulización, compromiso de estructuras vecinas, etc., entonces hay que realizar tratamiento farmacológico, que va a depender del tipo de M. atípica. Nosotros iniciamos tratamiento empírico con rifabutin + claritromicina o azitromicina, que posteriormente puede modificarse en función de la M. atípica aislada. La duración suele ser de entre 3 a 6 meses. En ocasiones se asiste a una mejoría de la adenopatía que permite su extirpación.

Si se llega al diagnóstico de M. tuberculosa, el tratamiento de elección es el farmacológico con isoniazida + rifampi-

cina + pirazinamida durante 2 meses, seguido durante 4 meses mas con izonizada + rifampicina exclusivamente.

A veces, se nos presenta una duda razonable entre M. típica o M. atípica como causante de la enfermedad. En estos casos, si no es fácil la extirpación quirúrgica, optamos por iniciar tratamiento antituberculoso hasta que el cultivo nos aclare la etiología.

J.E.: Pero es posible que desde un primer momento sospechemos que se trata de una neoplasia, así que, incluso antes de realizar la PAAF, ¿qué datos clínicos nos pueden hacer sospechar un proceso oncológico?

A.C.: a) La presencia de una adenopatía indolora que persista a pesar del tratamiento antibiótico y antiinflamatorio. b) La adenopatía que persiste más de 6 semanas o que continúa aumentando de tamaño a lo largo de dos semanas. c) Que haya una palidez progresiva o existan síntomas acompañantes como fiebre, sudores nocturnos y pérdida de peso.

J.E.: ¿Qué datos de la exploración nos hacen sospechar un proceso oncológico?

A.C.: Que palpemos una adenopatía dura, no fluctuante, indolora o un conglomerado de adenopatías; que se trate de una adenopatía única localizada en zona laterocervical baja o supraclavicular; que esté adherida a planos profundos; que se acompañe de hepatoesplenomegalia, palidez y/o hematomas o lesiones purpúricas.

J.E.: Algunas de estas características podrían corresponder a una adenitis supurada, que habrá que valorar y

en su momento, drenar. ¿Cuándo se debe drenar una adenitis supurada?

P.B.: Una adenitis supurada, como cualquier absceso de otra localización, debe ser drenada cuando fluctúe. Conviene destacar que en los abscesos cervicales, la fluctuación tarda en aparecer por la presencia de las fascias cervicales superficial y profunda, que dificultan la aparición precoz de dicha fluctuación.

J.E.: ¿Qué procesos oncológicos pueden manifestarse con o cómo una tumoración cervical?

A.C.: En niños menores de seis años hay que pensar por su incidencia a esta edad, en leucemia, linfoma no Hodgkin (LNH), neuroblastoma y rhabdomyosarcoma. En mayores de seis años el proceso oncológico que con más frecuencia se presenta como adenopatía cervical es el linfoma de Hodgkin (más del 80% de los linfomas de Hodgkin tienen localización cervical). Y no hay que olvidarse de los tumores claramente infrecuentes en la infancia pero que podrían manifestarse como tumoraciones cervicales, como el carcinoma de tiroides, el carcinoma nasofaríngeo y el fibrosarcoma.

J.E.: Así pues al seguir el algoritmo de la Figura I, llegaremos al diagnóstico de casi cualquier adenopatía cervical. Hubiéramos podido diagnosticar: Adenopatías bacterianas y por Mycobacterias, adenopatías víricas, fúngicas etc. Hiperplasia reaccional. Hodgkin, linfomas no Hodgkin, leucemias, sarcomas, etc. Linfangioma quístico, quiste branquial, quiste dermoide, tiroides ectópico, etc.

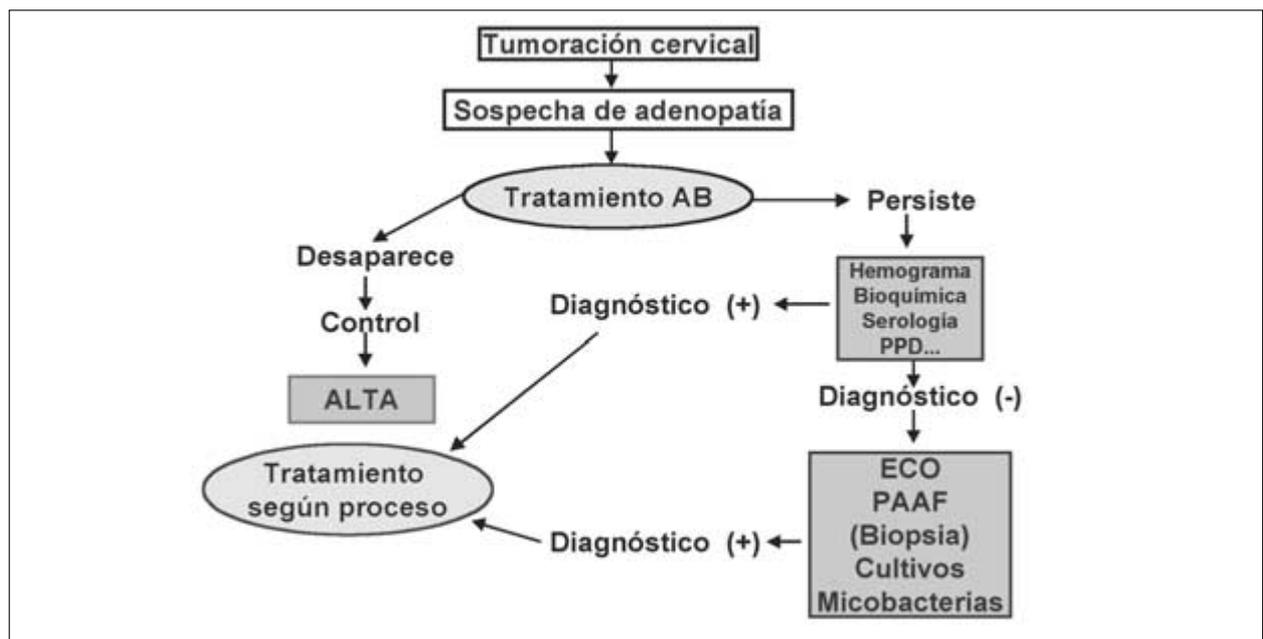


Figura I.