

Adenopatías cervicales en niños

Neck 's adenopathies in children

Gloria Paredes Guerra ¹, Fernando Huerta Mesones ², Jenny Gerónimo Meza ³, Mónica Oscanoa Gutiérrez ⁴
Ciro Liberato Ramón ⁵

RESUMEN

Las adenopatías constituyen uno de los hallazgos más frecuentes en la praxis pediátrica, resultado de una combinación variable de hiperplasia e hipertrofia, que pueden presentarse en forma aislada o formando parte de un contexto clínico complejo y de amplio espectro causal. Evidenciando la causa maligna en el 15 a 20% de los casos.

Palabras clave: Adenopatías, hiperplasia, hipertrofia, leucemia, linfomas.

ABSTRACT

The adenopathy is pathology very frequently in paediatric area. These adenopathies can increase by hypertrophy and hyperplastic, alone or in group by different causes. The malignancy is present for 15 to 20 % of children.

Key words: Adenopathy, hyperplasy, hypertrophy, leukemia, lymphoma.

CONCEPTO DE ADENOPATÍA PATOLÓGICA

Es el aumento de tamaño, número y consistencia de los ganglios linfáticos. Puede ser el ganglio que se vuelve visible o palpable y no tiene sensibilidad, no hay dolor.

Los criterios más aceptados están basados en la combinación de la edad, localización y tamaño ⁽¹⁾.

CRITERIOS

Se considera adenopatía patológica:

- En el RN de cualquier localización mayor de 0.3 - 0.5 cm. de tamaño.
- Si es cervical o inguinal mayor de 1.5 - 2 cm. en edad inferior a 14 años.
- Si es de otra localización superior a 0.5 - 1 cm en cualquier edad ⁽¹⁾.

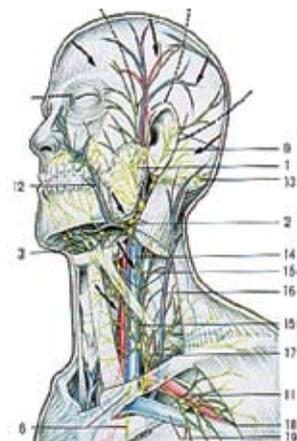


Fig. 8.15. Ganglios linfáticos y venas de la cabeza y el cuello. Línea punteada = flujo entre las áreas de irrigación; flechas = dirección del flujo de linfa.



Fig. 8.16. Ganglios linfáticos y drenaje linfático del lado izquierdo del cuello. Se ve la ramificación de un tronco linfático y se ven algunos linfonodos aumentados. Señala la parte inferior de la vena yugular interna que es el punto de los ganglios supraclaviculares.

1. Ganglio parotídeo
2. Ganglio submaxilar
3. Ganglio submandibular
4. Grupo superior de los ganglios cervicales profundos, tronco yugular
5. Grupo inferior de los ganglios cervicales profundos
6. Conducto torácico
7. Ganglio mediastínico superior
8. Tronco broncomediastínico
9. Ganglio intratorácico
10. Ganglio supraclavicular
11. Tronco subclavio izquierdo
12. Vena facial
13. Ganglio occipital
14. Vena yugular interna
15. Ganglio cervicales profundos
 - a. Ganglio yuguloesclerótico (principal de Kottme)
 - b. Ganglio yugulocefalico
16. Vena yugular externa
17. Tronco yugular
18. Ganglio infraclavicular
19. Vena subclavio
20. Vena linfocoflílea izquierda

CLASIFICACIÓN DE LAS ADENOPATÍAS CERVICALES POR SU ORIGEN

1. Adenitis agudas:

- 1.1. Adenitis agudas inespecíficas
- 1.2. Adenoflemones

2. Adenitis crónicas:

2.1. Adenitis crónicas infecciosas:

- 2.1.1. Tuberculosis
- 2.1.2. VIH
- 2.1.3. Mononucleosis infecciosa
- 2.1.4. Toxoplasmosis
- 2.1.5. Enfermedad por arañazo del gato
- 2.1.6. Rubéola

¹ Pediatra Oncóloga. Máster Economía de la Salud. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati-Oncosalud-Clinica Tezza

² Cirugía de Cabeza y Cuello Maxilofacial. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati. Clínica Stella Maris

³ Oncóloga Pediatra. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati. Clínica Santa Mónica

⁴ Oncóloga Pediatra. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati

⁵ Médico Residente de Oncología Pediátrica. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati

- 2.1.7. Sífilis
- 2.1.8. Brucelosis
- 2.1.9. Tularemia

2.2. Adenitis crónicas no inflamatorias

- 2.2.1. Colagenosis, lupus eritematoso diseminado
- 2.2.2. Poliartritis juvenil.
- 2.2.3. Enfermedad del suero
- 2.2.4. Tesaurismosis (enfermedad del suero)
- 2.2.5. Secundarias a ingesta de hidantoinas (anticonvulsivantes)
- 2.2.6. Enfermedad de Gaucher
- 2.2.7. Enfermedad de Niemann-Pick

CLASIFICACIÓN DE LAS ADENOPATÍAS POR SU PATOLOGÍA:

1. A) Adenopatía Cervical tumoral benigna:

Histiocitosis (2, 3)

2. Adenopatía cervical tumoral maligna de localización primaria cervical:

Leucemia aguda

Linfoma Non Hodgkin

Enfermedad de Hodgkin (consistencia semejante al caucho) (4, 5)

3. Adenopatía cervical tumoral maligna metastásica:

Neuroblastoma

Cáncer de tiroides (se acompaña de disfonía)

Sarcomas

Retinoblastoma.

METÁSTASIS

Constituyen un 85% de las tumoraciones malignas del cuello. Un 85% tiene su origen en tumores de cabeza y cuello (por arriba del nivel de las clavículas) y sólo un 15% se origina por debajo del nivel de las clavículas. Las adenopatías cervicales constituyen la primera manifestación de un tumor de cabeza y cuello en 1/3 de casos.

Las exploraciones a realizar dependerán de la sospecha diagnóstica, teniendo en cuenta la edad, características, número y localización (1-5)

CLASIFICACIÓN POR SU EXTENSION

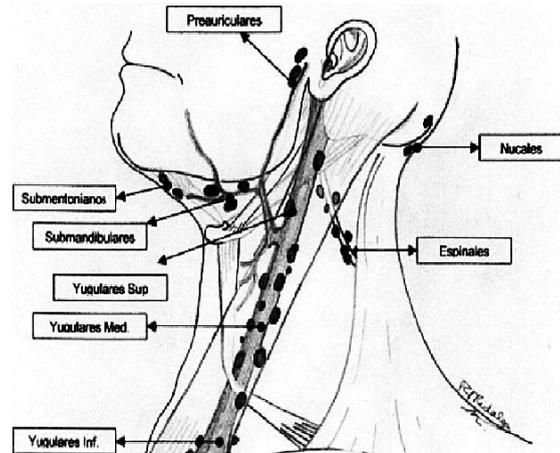
Generalizadas: se presentan a nivel cervical, axilar, inguinal, popliteo, mediastino y/o abdominal.

Regionales: en cabeza y cuello, en tórax, en abdomen y/o en extremidades.

CARACTERÍSTICAS DE LAS ADENOPATÍAS

CERVICALES

- Las más frecuentes en niños.
- La región comprende unos 300 nódulos linfáticos. Gráfica 1
- Todos los grupos están íntimamente relacionados.
- La causa más frecuente es la virosis.
- Etiología maligna en un 15 – 20 %.
- 50% detrás del músculo ECM son malignas. (6-8)



Gráfica 1. Cadenas ganglionares cervicales

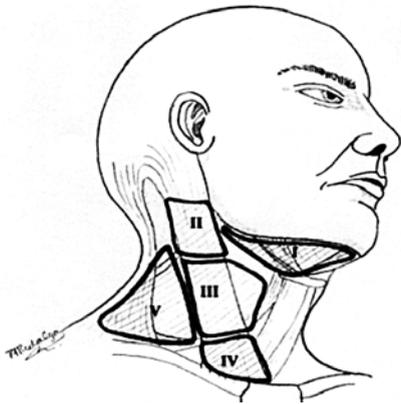
NIVELES GANGLIONARES

Los ganglios cervicales se distribuyen en diferentes áreas del cuello, para ello existe una clasificación anatómica a través de la cual se localizan y ello contribuye a una disección más específica y segura.

Dicha clasificación la utilizan los cirujanos pediatras y cirujanos de cabeza y cuello. Tabla 1 y Gráfica 2.

Tabla 1. Niveles ganglionares

- Nivel I :** Ganglios submentonarios y submandibulares.
- Nivel II:** Ganglios yugulares superiores o yugulodigástricos, suboccipitales y mastoideos.
- Nivel III:** Ganglios yugulares medios o yugulocarotídeos medios.
- Nivel IV:** Ganglios yugulares inferiores, yugulocarotídeos inferiores o Supraclaviculares mediales.
- Nivel V:** Ganglios del triángulo supraclavicular o triángulo posterior.
- Nivel VI:** Agruparía a los ganglios del compartimento anterior
- Nivel VII:** Estaría constituido por los ganglios traqueoesofágicos y mediastínicos.



Gráfica 2. Niveles ganglionares del cuello

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS ADENOPATIAS CERVICALES POR PATOLOGÍA MALIGNA

ADENOPATÍAS EN LEUCEMIA AGUDA

Ocurre en los primeros cinco años. Las adenopatías son de tamaño variable, indoloras, bilaterales consistencia firme pero elásticas, móviles. No afectan piel ni planos profundos.

Afección generalizada. Asociada a síndrome febril, síndrome hemorrágico, hepatoesplenomegalia, mal estado general ^(7,8).

ADENOPATÍAS EN LINFOMAS NON HODGKIN

Están presentes en el 30 – 40 % de los casos. Son bilaterales y tiene iguales características de los de la leucemia.

90% son cervicales superiores y en 10% supraclaviculares ^(4,6,7,9).

ADENOPATÍAS EN ENFERMEDAD DE HODGKIN

80% debutan con ganglios cervicales, luego: inguinales, axilares, epitrocleares, preauriculares.

Son unilaterales, de consistencia gomosa, conglomerados, no infiltran piel.

De larga evolución, fluctuaciones de tamaño ^(5,6,8).

CRITERIOS DE GRAVEDAD DE LAS ADENOPATÍAS

- Pérdida de peso (10%)
- Localización supraclavicular
- Aumento progresivo de tamaño
- Consistencia dura
- Adherencia a planos adyacentes
- Síndrome hemorrágico ^(1, 8-10)
- Nula respuesta al tratamiento antibiótico después de 15 días de tratamiento
- Hepatoesplenomegalia
- Radiografía de tórax con afección hilar

ENFOQUE DIAGNÓSTICO DE LAS ADENOPATÍAS

Para el diagnóstico es importante

- Una buena anamnesis
- Exploración
- Exámenes complementarios

MANEJO DE LAS ADENOPATÍAS CERVICALES

Es importante considerar la edad en que se presentan, ya que en la niñez en general representan procesos infecciosos de cavidad orofaríngea, a diferencia de pacientes adultos, especialmente sobre los 50 años, en los que pueden estar relacionados con un cáncer de la región orofaríngea o del cuello.

En los niños también pueden corresponder a neoplasias, pero son en general de origen hematológico (leucosis o linfomas).

Toda adenopatía cervical que permanezca sin variación durante más de 15 días debe ser estudiada en base a examen otorrinolaringológico completo, exámenes hematológicos, radiografía de tórax, ecografía cervical, biopsia del ganglio ^(7, 9,10).

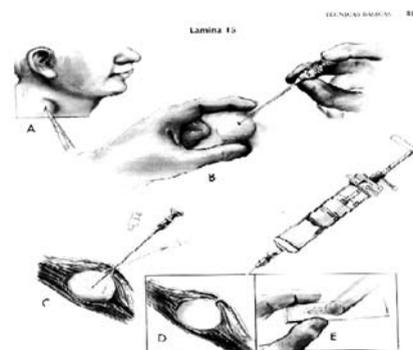
BIOPSIA DEL GANGLIO

La biopsia puede hacerse por el método de biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) y/o biopsia a cielo abierto.

BAAF

La BAAF sirve para el estudio morfológico y/o cultivo. Puede asociarse con ecografía. Grafica 3

Es útil para confirmar que es cáncer, pero no para especificar la etiología del cáncer. Ejemplo: dice es Linfoma Non Hodgkin, pero no específica que subtipo y en la actualidad los tratamientos son específicos de acuerdo al subtipo de la lesión.



Gráfica 3. Pasos a seguir en la biopsia

BIOPSIA A CIELO ABIERTO

Es escisional y nos permite el examen anatomopatológico, inmunohistoquímico, cito genético, bacteriológico.

BIOPSIA DEL GANGLIO CERVICAL

Debe extirparse el ganglio completo de lo contrario no se podrá especificar el tipo de cáncer y se debe escoger al ganglio más voluminoso y de fácil acceso.

Se corrobora el diagnóstico con estudio de inmunohistoquímica.

Se reserva para cuando se han agotado otros métodos de diagnóstico y la citología es benigna o no concluyente en presencia de una tumoración sospechosa de malignidad.

Se realizará preferiblemente bajo anestesia general por dos motivos:

- La anestesia local puede enmascarar la tumoración.
- A veces la tumoración es de mayor tamaño de lo apreciado por palpación.

Se efectuarán incisiones que permitan ser ampliadas si fuera necesario y puedan permitir un amplio campo quirúrgico.

Los tipos de incisión que se realizan para extirpar un ganglio cervical dependen a qué nivel pertenece el ganglio, el cual debe ser el más representativo y de más fácil acceso. Gráfica 4 y 5.



Gráfica 4. Tipos de incisión



Gráfica 5. En esta foto se puede apreciar el momento en el cual se está extirpando un ganglio cervical (Cortesía Dr. Fernando Huerta Mesones).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Debe considerarse en las siguientes entidades como diagnóstico diferencial:

1. Ganglio inflamatorio o TBC
2. Nódulo tiroideo
3. Ganglio metastásico
4. Tumoración maligna
5. Tumoración de glándula submaxilar
6. Lipomas
7. Neurilemomas
8. Angiomas
9. Tumor cuerpo carotídeo
10. Tumor paratiroideo
11. Divertículo esofágico
12. Parasitosis ganglionar
13. Absceso cervical ^(1, 8, 10)
14. Quiste tirogloso
15. Absceso cervical,
16. Quiste dermoide ^(1, 8, 10)

Absceso cervical

Patología que puede expresarse semiológicamente como una, más bien, masa cervical. Sus signos inflamatorios son característicos. Su diagnóstico es básicamente clínico. Es de utilidad eventual la ecotomografía para confirmar y localizar una colección de pus, y la tomografía axial computada para evaluar su extensión. Su tratamiento es médico-quirúrgico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Etiología del cáncer infantojuvenil. En: Sierrasesumaga L, Antillon F. Tratado de Oncología Pediátrica enfermedades malignas del niño y del adolescente. 1 ed. Madrid Ed Pearson Educación. 2006 p 17 -41.
2. Egeler, RM, D'Angio GJ. Langerhans cell Histiocytosis J Pediatrics 1995; 127: 1-11.
3. Barthez M, Araujo E, Donadieu, J. Langerhans cells Histiocytosis in childhood. Journal of child neurology. 2000; 15: 150-156.
4. Pellegrino B, Terrier-Lacombe MJ, Oberlin O, Leblanc T, Perel Y, Bertrand Y et al. Lymphocyte-Predominant Hodgkin's Lymphoma in Children: Therapeutic Abstention After Initial Lymph Node Resection—A Study of the French Society of Pediatric Oncology. J Clin Oncol 2003; 21: 2948-2952
5. Cramer P, JM Andrieu JM. Hodgkin's disease in childhood and adolescence: results of chemotherapy- radiotherapy in clinical stages IA-IIIB. 1985; 3: 1495-1502.
6. Peris-Bonet R, Giner Ripoll B, García Cano A, Sánchez de Toledo

Codina J, López Pérez J, Acha García T, et al. Registro Nacional de Tumores Infantiles (RNTI-SEOP). Estadísticas Básicas 4. 1980-2001.

Supervivencia 1980-1997. Valencia: Servei de Publicacions de la Universitat de València, 2003.

7. Mirra, A. Incidencia, mortalidad y sobrevida do cancer da infancia Brasil 2004 p 16-22
8. Anatomia patologica en oncologia pediatria. En: Pizzo P. Principles and practice of pediatric oncology. 4ta. ed. Linpipincott, Philadelphia 2002 p 65-82.
9. Stiller CA, Bunch KJ. Trends in survival for childhood cancer in Britain diagnosed. BMJ 1990; 62: 806-815.
10. Respiratory Tract and Mediastinum. In: Hathaway W. Current Pediatric diagnosis and Treatment. Ed. Appleton and Lange. 1993 p 466 – 516.
11. Neoplastic Disesesases. In: Hathaway W. Current Pediatric diagnosis and Treatment. Ed. Appleton and Lange. 1993 p 1094-114.

Aceptado:

29-03-09

Correspondencia: **Gloria Paredes Guerra**
gloriaparedes2000@yahoo.com

Recibido: **03-02-09**