

# Adenopatías como manifestación de neoplasias infantiles

Dr. Guillermo Díez de Revenga Nieto – R1 Pediatría Hospital General Universitario de Alicante

Dra. Laura Ureña Horno– Pediatra Adjunta Hospital General Universitario de Alicante

# ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. ADENOPATÍAS
  - DEFINICIONES
  - CAUSAS
  - LOCALIZACIONES
3. EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA
  - ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA
  - PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
  - INDICACIONES DE BIOPSIA
4. CASOS CLÍNICOS
5. ADENOPATÍAS COMO MANIFESTACIÓN TUMORAL
6. CRITERIOS DE DERIVACIÓN
7. ALGORITMO
8. CONCLUSIONES
9. BIBLIOGRAFÍA

# INTRODUCCIÓN

Situación muy frecuente en infancia.  
Motivo de consulta habitual

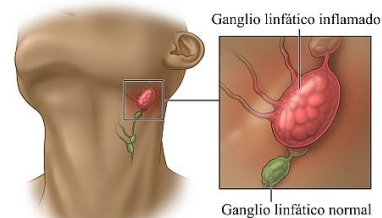
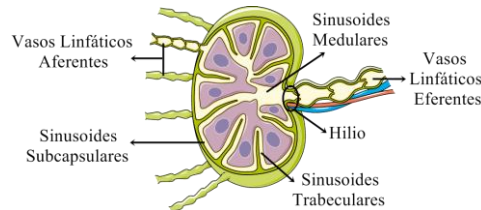


Etiología más frecuente: infecciosa  
Puede ser 1ª manifestación de enfermedad grave

## ADENOPATÍAS - DEFINICIONES

- ▶ Adenopatía/linfadenopatía: ganglios linfáticos anormales en número, consistencia o tamaño
- ▶ Adenitis/linfadenitis: presencia de ganglios inflamados y dolorosos además de aumentados

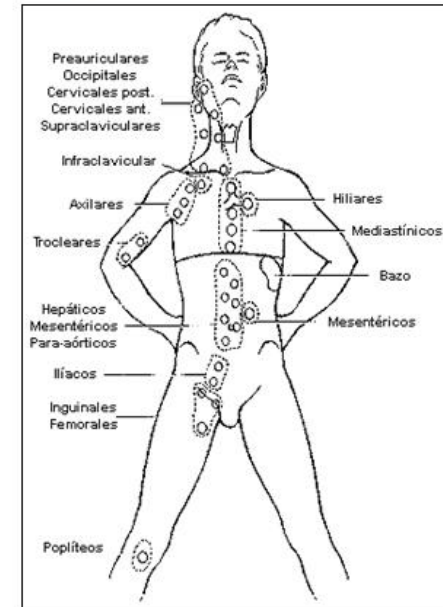
Adenopatía generalizada cuando están afectadas dos o más áreas ganglionares no contiguas y adenopatía localizada cuando sólo está afectada un área



## ADENOPATÍAS - DEFINICIONES

- ▶ Se valoran como anormales los ganglios cuyo tamaño es mayor de:
  - 0,5 cm en región epitroclear
  - 1.5 cm en región inguinal
  - 1 cm en el resto de las regiones linfáticas
  - >0,5 cm cualquier localización en menores de 3 meses.

Figura 2. Principales grupos ganglionares en el organismo



## ADENOPATÍAS - CAUSAS


La más frecuente es la **infecciosa**





Cuando no se den datos de alarma, ni criterios de derivación urgente, se sospechará esta etiología

LACTANTES	NIÑOS	ADOLESCENTES
Sífilis	Viriasis	Viriasis
Toxoplasma	Epstein Barr	Epstein Barr
CMV	CMV	CMV
VIH	VIH	VIH

# LOCALIZACIONES - CABEZA Y CUELLO

CADENA GANGLIONAR	REGIÓN DE DRENAJE	CAUSAS
OCCIPITAL	Cuero cabelludo (parte posterior), nuca	Infecciones locales, tiñas, pediculosis, dermatitis, rubeola, varicela, linfomas
RETROAURICULAR	Cuero cabelludo (parte temporal y parietal), pabellón auricular.	
PREAURICULAR, PAROTÍDEA	Cuero cabelludo (parte anterior y temporal), párpados y conjuntiva, CAE, oído medio, glándula parótida.	Conjuntivitis, celulitis, OMA, viriasis, tularemia
SUBMANDIBULAR	Mejilla, nariz, labios, lengua, mucosa oral, glándula submandibular.	Infecciones respiratorias víricas, bacterias (Estaf y Estrep), Micobacterias, enfermedad arañazo de gato, linfomas
SUBMENTONIANA	Labio inferior, suelo de la boca.	
CERVICAL SUPERFICIAL	Laringe inferior, zona inferior del conducto auditivo.	
CERVICAL PROFUNDA 	Zona posterior cuero cabelludo y cuello, amígdalas, adenoides, paladar, senos paranasales, tiroides, esófago.	

# LOCALIZACIONES - RESTO DEL CUERPO

CADENA GANGLIONAR	REGIÓN DE DRENAJE	CAUSAS
SUPRACLAVICULAR 	Lado derecho: pulmones, mediastino	Tumores mediastínicos, linfoma, Tuberculosis
	Lado izquierdo: abdomen	Tumores abdominales, linfoma, Tuberculosis
AXILAR	Brazo, hombro, mama, pared torácica, abdomen (pared lateral)	Vacunas, infecciones locales, enfermedad arañazo gato, tuberculosis, linfomas, leucemias, Metástasis
EPITROCLEAR 	Mano, antebrazo, codo	Infecciones locales, VEB, micobacterias atípicas, leucemias, linfomas
INGUINAL	Extremidad inferior, genitales, nalgas, pared abdominal inferior al ombligo	ITUS, ETS, Infecciones locales, leucemias, tumores genitales
POPLÍTEA	Rodilla, pierna, pie	Infecciones locales, linfomas



## EVALUACIÓN DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICA

Determinar si estamos ante una adenopatía con significado patológico que precisa una evaluación más detallada o bien se trata de un proceso que no requiere más investigaciones



**ANAMNESIS**



**EXPLORACIÓN  
FÍSICA**

# ANAMNESIS

## PERSONALES

- Edad
- Apetito
- Pérdida peso
- Duración
- Rapidez de crecimiento

## SÍNTOMAS

- Locales
- Cutáneos
- Constitucionales
- Infección concurrente

## ANTECEDENTES

- Contacto con enfermos
- Ingesta leche no pasteurizada/carne poco hecha
- Contacto con animales
- Vacunación
- Viajes
- Medicación
- Infecciones/adenopatías de repetición
- Hábitos sexuales (adolescentes)





## EXPLORACIÓN FÍSICA

Completa en TODOS los casos

- Signos de enfermedad sistémica
- Auscultación cardiopulmonar, signos de compromiso respiratorio (babeo, estridor)
- Palpación tiroidea
- Piel: zona adyacente a la adenopatía, palidez, hematomas, petequias
- Lesiones orofaríngeas
- Alteraciones conjuntivales o auditivas
- Visceromegalias
- Datos sugestivos de malignidad como síndromes paraneoplásicos (Horner, opsoclono-mioclono,...)

# EN LA EXPLORACIÓN DE ADENOPATÍAS



LOCALIZACIÓN



TAMAÑO



DOLOR



CONSISTENCIA Y FIJACIÓN



RESPUESTA A TRATAMIENTO

# ¿QUÉ NOS DEBE ALERTAR?



LOCALIZACIÓN



Supraclavicular, EpitrocLEAR



TAMAÑO



↑Tamaño ↑Riesgo



DOLOR



Indolora, sin signos inflamatorios



CONSISTENCIA Y FIJACIÓN



Dura, adherida, no móvil,  
No cambios en piel



RESPUESTA A TRATAMIENTO



Ausencia de respuesta  
Crecimiento progresivo/  
exponencial



## PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Si la valoración inicial aporta signos de alarma o si las pruebas realizadas son normales pero persisten las adenopatías, está indicada la realización de estudios adicionales



A tener en cuenta:

- Si diagnóstico claro, no es necesario realizar pruebas adicionales y se debe iniciar tratamiento específico
- Siempre indicadas ante adenopatías generalizadas
- En localizadas sin datos de alarma: **observación expectante o tratamiento antibiótico ambulatorio**
- **NO INICIAR TRATAMIENTO CORTICOIDEO ANTES:** induce a “falsa mejoría” y retraso diagnóstico de leucemias, linfomas y metástasis cerebrales

## ESTUDIO INICIAL

(Las mismas pruebas son de aplicación tanto en las adenopatías localizadas como generalizadas.)



- Analítica de SP: Hemograma y Bioquímica con LDH, VSG, enzimas hepáticas y ácido úrico
- Hemocultivo si fiebre
- Serología completa: CMV, VEB, toxoplasma, Bartonella, VIH y Toxoplasma  
Añadir si sospecha. TORCH si <2 años
- Mantoux
- Frotis faríngeo si asocia faringitis exudativa

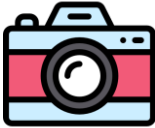


- Radiografía de tórax (+-- zona afectada): de entrada, imprescindible en Urgencias
- Ecografía: si masa de partes blandas

## ESTUDIO 2º NIVEL



- Repetir estudio de laboratorio, añadiendo:
  - Serologías no solicitadas
  - IGRAS
  - Estudio autoinmunidad y ANAs
  - LDH, VSG y frotis de SP



- Ecografía abdominal

Ante adenopatía que asocie masa mediastínica (especialmente si compromiso respiratorio o hemodinámico) derivar directamente a Oncología Pediátrica



## ESTUDIO 3<sup>er</sup> NIVEL



- **Estudio anatomopatológico y de inmunofenotipo:** interconsulta a Cirugía Pediátrica, valorar PAAF o exéresis de adenopatía



- **PAAF**
- **BIOPSIA:** gold standard del estudio de una adenopatía y linfomas
- Aspirado Médula ósea: si citopenias o masa mediastínica
- Otros estudios microbiológicos:
  - Histoplasmosis
  - Gota gruesa
  - Leishmania



- **TAC**

## INDICACIONES DE BIOPSIA

<b>SOSPECHA ENFERMEDAD SISTÉMICA O LOCAL</b>	Síntomas constitucionales: fiebre >1semana, pérdida peso >10%, sudoración nocturna, fatiga
	Hepatoesplenomegalia
	Adenopatías generalizadas
	Epistaxis recurrentes, obstrucción nasal progresiva, parálisis facial, otorrea
	Citopenias o blastos
	Afectación mediastínica en RX
	Afectación medular
<b>LOCALIZACIÓN</b>	Supraclavicular, Cervical posterior o inferior
<b>TAMAÑO</b>	>2 cm diámetro o aumento tras 2 semanas
	No disminución tras 4-6 semanas
	No normalización tras 8-12 semanas
	>1cm en neonatos
<b>CONSISTENCIA</b>	Sin signos de inflamación, no dolorosas (salvo rápidamente progresiva)
	Firme, gomosa, adherida, con ulceración
<b>SOSPECHA MICOBACTERIAS</b>	
<b>SOSPECHA PATOLOGÍA NO INFECCIOSA</b>	No responden a tratamiento antibiótico, o persiste elevación de reactantes de fase aguda, o se han descartado causas infecciosas



10 años valorado por tumoración preauricular-parotídea:

## ANAMNESIS



- **Un mes de evolución, indolora, fija**, borra ángulo mandibular
- Apetito conservado. No síntomas sistémicos
- Antecedentes infecciosos: no relevantes. No empastes ni caries.
- No tiene mascotas
- Tratamiento médicos: ninguno en el momento
- Resto sin interés

## ANTECEDENTES PERSONALES y FAMILIARES

- Sano, deportista. Resto sin interés. **Tía y abuelo paterno linfoma Hodgkin**

## ACTUACIÓN INICIAL



- Inicialmente se piensa en parotiditis y se trata con antiinflamatorios
- Antes escasa respuesta, analítica y serología con resultado normal



- ECO: ganglio de aspecto reactivo
- RX Tórax normal

- **Aparece adenopatía cervical ipsilateral**

## ACTUACIÓN FINAL

- Se realizan 2 PAAF: No concluyentes
- Por dificultad con paroidectomía completa, se realiza PET TAC con captación patológica
- Exéresis de adenopatía

## DIAGNÓSTICO FINAL:

**LINFOMA HODGKIN  
PREDOMINIO LINFOCÍTICO**



9 años valorada por tumoración axilar izquierda de 2 cm:

## ANAMNESIS



- Dos semanas de evolución. No rasurado, no heridas. No se palpan otras adenopatías
- Apetito conservado. No síntomas sistémicos.
- Antecedentes infecciosos: cuadro febril autolimitado
- No tiene mascotas (gatos)
- Tratamiento médicos: ninguno en el momento
- Resto sin interés

## ANTECEDENTES PERSONALES y FAMILIARES

- Sin interés

## ACTUACIÓN INICIAL



- Antibioterapia oral 10 días
- Analítica normal
- En revisión: **aumento de tumoración** de 3x4 cm, se extiende hacia área mamaria, **consistencia gomosa, adherida a planos profundos**
- **Analítica con aumento VSG a 50mm**
- Serología normal
- Rx tórax normal

## ACTUACIÓN FINAL

- ECO adenopatía: patológica
- ECO Abdominal: normal
- Exéresis

## DIAGNÓSTICO FINAL:

**SARCOMA EWING  
EXTRAÓSEO**



11 años valorado por conglomerado adenopático cervical izquierdo:

## ANAMNESIS



- Dos semanas de evolución. Indoloro, adherido, duro
- Apetito conservado. No síntomas sistémicos.
- Antecedentes infecciosos: no presenta
- No tiene mascotas
- Tratamiento médicos: ninguno en el momento
- Resto sin interés

## ANTECEDENTES PERSONALES y FAMILIARES

- Sin interés.

## ACTUACIÓN INICIAL



- Antibioterapia oral 10 días  
**No se cita para revisión**
- A las 3 semanas aumento exponencial de adenopatías
- ECO cervical: conglomerado adenopático patológico con desviación de vía aérea
- Rx tórax: normal
- TAC tórax: lesiones líticas en cuerpos vertebrales

## ACTUACIÓN FINAL

- Exéresis

## DIAGNÓSTICO FINAL:

**METÁSTASIS DE  
MELANOMA**

**Resección de nevus en cuero  
cabelludo en consulta privada, sin  
diagnóstico AP**

▶ **ADENOPATÍAS COMO MANIFESTACIÓN DE ENFERMEDAD TUMORAL PEDIÁTRICA:**

- La incidencia de procesos malignos en pacientes con adenopatías atendidos en Atención Primaria es <1%
- En pacientes derivados la prevalencia oscila entre el 13-27%
- Causas más frecuentes son: leucemias, enfermedad de Hodgkin, otros linfomas y tumores sólidos (Neuroblastoma, Rabdomiosarcoma o Carcinoma nasofaríngeo)

Las neoplasias infantiles suelen presentarse en su inicio con síntomas inespecíficos que imitan la patología banal pediátrica

- 50% de niños con LLA tienen adenopatías palpables al diagnóstico
- Linfoma Hodgkin suele debutar con adenopatías cervicales unilaterales o supraclaviculares
- Linfoma No Hodgkin suele debuta frecuentemente con adenopatías cervicales posteriores, supraclaviculares y axilares

Es fundamental el diagnóstico precoz = importancia de Atención Primaria



- Elevado índice sospecha
- Reconocer grupos alto riesgo
- Reconocer signos-guía





## CRITERIOS DE DERIVACIÓN

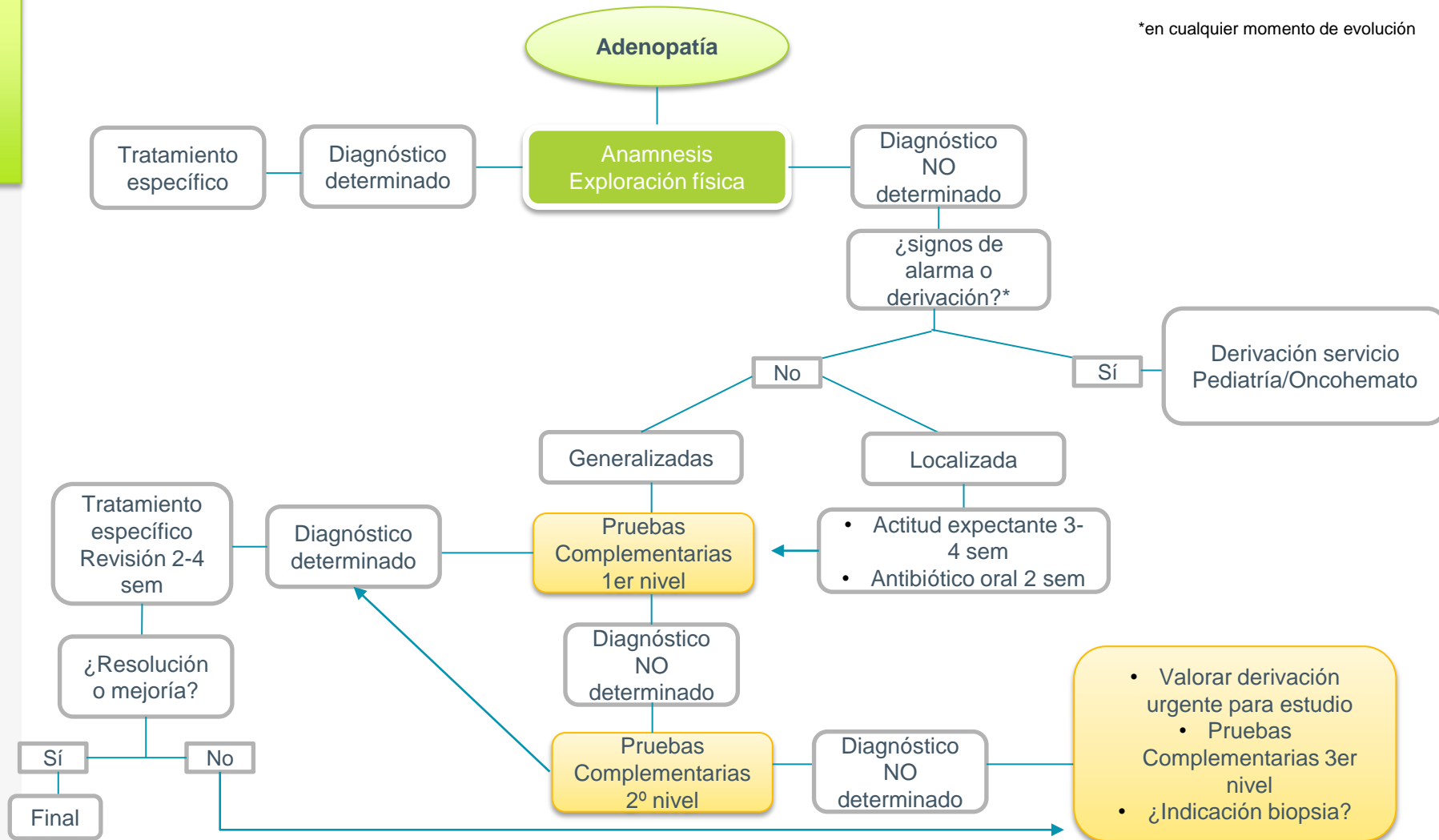
### URGENTE (<48-72 horas)

- Pérdida de peso >10%
- Fiebre >1 semana
- Adenopatía/s adheridas a planos profundos
- Consistencia firme/ dura
- Existencia de adenopatías >2 cm de diámetro
- Adenopatía supraclavicular/epitrocLEAR/axilar
- Aumento progresivo
- Ausencia de síntomas compatibles con etiología infecciosa
- Duración previa >4 semanas

### INMEDIATA

- Afectación del estado general
- Disfagia significativa
- < 3 meses
- Entorno familiar que no garantiza los cuidados o seguimiento necesarios





## CONCLUSIONES

- ▶ El diagnóstico de las adenopatías en pediatría constituyen un gran desafío, por la amplia variedad de enfermedades y condiciones en las que se presentan, y la frecuencia con la que se consulta por ellas
- ▶ La mayoría tienen un proceso autolimitado y benigno
- ▶ La etiología más frecuente es la infecciosa, pero pueden ser la primera manifestación de procesos graves
- ▶ El entendimiento del diagnóstico diferencial es fundamental para delinear una evaluación apropiada de cada caso
- ▶ En la mayoría de los casos de neoplastias infantiles no es posible llevar a cabo una prevención primaria ni secundaria del cáncer infantil, por lo que los esfuerzos deben recaer en el diagnóstico precoz

## BIBLIOGRAFÍA

- ▶ J. Huerta Aragonés Oncología para el pediatra de Atención Primaria (I): signos y síntomas sugerentes de patología neoplásica Form Act Pediatr Aten Prim. 2014;7(1):4-15
- ▶ García Aguado J. Estudio del paciente con adenopatías periféricas. En:AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2010. Madrid: Exlibris Ediciones; 2010. p.31-42.
- ▶ Álvarez Caro F, Gómez Farpon A, Blanco Lago R, Arroyo Hernández M. Adenopatías en pediatría. Arch Argent Pediatr. 2007;105: 342-50
- ▶ M. A. Hernández Encinas\* Y E. Díez Estrada, Adenopatías: del síntoma al diagnóstico principal. Form Act Pediatr Aten Prim 2008;1(1):22-26
- ▶ Cocho Gómez P, Albañil Ballesteros MR, Martínez Chamorro MJ. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Adnopatías generalizadas. AEPap. 2016 (en línea).