

REVISIÓN / REVIEW

Adenopatías en niños: ¿cuándo sospechar en cáncer?

Lymphadenopathy in children: When to think of cancer?

Iván Maza Medina,¹ Liliana Vásquez Ponce¹

RESUMEN

Las adenopatías palpables en niños son un motivo de consulta muy frecuente en pediatría y generalmente son secundarias a un proceso inflamatorio benigno. Dentro de las etiologías posibles están las infecciones locales o sistémicas, enfermedades autoinmunes, neoplasias malignas y fármacos, entre otras. El enfoque diagnóstico inicial por el médico de atención primaria o el pediatra es fundamental para evitar la demora en el reconocimiento de signos o síntomas que indiquen malignidad, ante lo cual es indispensable un estudio de laboratorio, imágenes y biopsia excisional. El pronóstico de enfermedades potencialmente curables en niños, como los linfomas, va a depender de un diagnóstico y manejo oportuno.

Palabras clave: Adenopatías; cáncer; linfomas.

SUMMARY

Palpable lymph nodes in children are a common complaint in the visit to a pediatrician and are, in general, caused by a benign inflammatory process. Among possible etiologies are local or systemic infections, autoimmune diseases, malignancies and drugs. The initial approach made by a family physician or general pediatrician is vital, by recognizing signs or symptoms that could suggest malignancy and therefore, performing laboratory test, imaging and excisional biopsy of the lesion. The outcome of some potentially curable diseases in children like lymphomas could improve by making an early diagnosis and treatment.

Key words: Lymphadenopathy; cancer; lymphomas.

INTRODUCCIÓN

Las adenopatías periféricas palpables en niños son hallazgos muy comunes en la práctica pediátrica, siendo la causa principal una hiperplasia reactiva del tejido linfático asociado a un proceso inflamatorio local o sistémico.¹ La localización cervical es la más frecuente. El enfoque diagnóstico y terapéutico inicial es vital para descartar causas poco comunes pero relevantes como las neoplasias malignas.

Consideraciones anatómicas

Las ganglios linfáticos normales en la mayoría de regiones en un paciente pediátrico usualmente miden menos de 1 cm en su diámetro mayor;

siendo en la región epitrocLEAR menor a 0.5 cm., de diámetro y en la región inguinal menor a 1.5 cm., de diámetro. En la infancia, los ganglios linfáticos tienden a ser más grandes durante la edad de 2 a 10 años.¹

Epidemiología

La incidencia de niños con adenopatías palpables es alta, debido a que sus sistemas inmunes están siendo continuamente expuestos a antígenos ambientales y organismos comunes. Hasta un 45% de niños, que por otro lado son sanos tienen adenopatías periféricas palpables.² Esta incidencia varía según la edad y la localización anatómica del grupo ganglionar.^{3,4} Las adenopatías occipitales o postauriculares de pequeño tamaño

¹ Médico de la Unidad de Oncología Pediátrica y del Adolescente, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima-Perú

son comúnmente palpables en lactantes; siendo más frecuente hallar adenopatías cervicales o inguinales en un niño mayor. La localización epitrocLEAR y supraclavicular es poco común a cualquier edad.

Las neoplasias malignas son causas poco frecuentes de adenopatías en niños,^{5,6} sin embargo, la incidencia de malignidad en biopsias

de ganglios linfáticos en hospitales de referencia varía de un 13 a 27%.⁷

Causas de adenopatías en niños

La etiología de las linfadenopatías en niños puede ser muy diversa, desde infecciones, neoplasias, enfermedades autoinmunes o drogas. (Tabla N°1)

Tabla 1. Causas de adenopatías en niños.

Etiología	Ejemplos
Infecciones	
Bacteriana	
Localizada	Faringitis estreptocócica; infecciones de piel; tularemia; peste; enfermedad por arañazo de gato; difteria; chancroide; fiebre por mordedura de rata
Generalizada	Brucelosis; leptospirosis; linfogranuloma venereo; fiebre tifoidea
Viral	Virus de inmunodeficiencia humana; Epstein-Barr virus; herpes simple virus; citomegalovirus; sarampión; varicela; rubeola; hepatitis B; dengue
Micobacteria	Micobacterium tuberculosis; micobacteria atípica
Fúngica	Histoplasmosis; coccidioidomicosis; criptococcosis
Protozoaria	Toxoplasmosis; Leishmaniasis
Cáncer	Carcinoma de células escamosas de cabeza y cuello; metastásico; linfoma; leucemia
Linfoproliferativo	Linfadenopatía angioinmunoblástica con disproteinemia Enfermedad linfoproliferativa autoinmune Enfermedad de Rosai-Dorfman Linfocitosis hemofagocítica
Immunológico	Enfermedad del suero; reacciones a drogas (fenitoina)
Endocrino	Hipotiroidismo; Enfermedad de Addison
Misceláneo	Sarcoidosis; Enfermedades por depósito de lípidos; amiloidosis; histiocitosis; enfermedades granulomatosas crónicas; enfermedad de Castleman; Enfermedad de Kikuchi; Enfermedad de Kawasaki; pseudotumor inflamatorio; lupus eritematoso sistémico; artritis reumatoide; Enfermedad de Still; dermatomiositis; Síndrome de Churg-Strauss

Según localización

- Las adenopatías cervicales anteriores se pueden presentar en infecciones de la región orofaríngea o sistémicas como la toxoplasmosis, por el virus del Epstein-Barr (EBV) o tuberculosis. Las adenopatías posteriores son generalmente benignas y se asocian a infecciones virales.
- Las adenopatías supraclaviculares tienen una alta incidencia de malignidad (hasta un 75%).
- Los ganglios de la región axilar e inguinal pueden estar incrementado de tamaño en infecciones de las extremidades.
- La localización epitrocLEAR son casi siempre patologías en niños.
- Si las adenopatías son generalizadas pueden estar causadas por numerosas

enfermedades sistémicas (Tabla 1) como mononucleosis infecciosa, VIH, etc.

- Se ha descrito que las adenopatías inguinales son las que menos se relacionan con malignidad, mientras que las adenopatías supraclaviculares son las que más se relacionan con un origen maligno.^{8,9}

Según agente etiológico

- **Mononucleosis infecciosa.**
- Se caracteriza por la triada clásica de fiebre, faringitis y linfadenopatías. Sin embargo, muchos otros síntomas o signos pueden ser visibles dependiendo de la etiología o etapa de enfermedad. Típicamente son adenopatías simétricas cervicales, axilares e inguinales que tienen su pico de crecimiento hacia la

primera semana para ir disminuyendo en las dos o tres semanas siguientes.

- **Enfermedades autoinmunes.** Ocurren en el 50% de los pacientes con debut de Lupus eritematoso sistémico (LES). Son adenopatías blandas, de poco tamaño y generalizadas.
- **Medicación.**
- Numerosas drogas pueden causar enfermedad del suero, la cual está a su vez caracterizada con fiebre, artralgias, rash y linfadenopatías periféricas (Tabla 2).
- **Infecciones piógenas.**
- Las adenopatías cervicales que aumentan progresivamente en días y tienden a ser dolorosas usualmente se asocian a infección estreptocócica o estafilocócica. El foco de esta infección muchas veces no se conoce y el tratamiento es antibioticoterapia, aunque el drenaje se indica en algunos casos.

Tabla 2. Medicación que puede causar linfadenopatías.¹⁰

Alopurinol	Fenitoina
Atenolol	Primidona
Captopril	Pirimetamina
Carbamazepina	Quinina
Oro	Trimetropin/Sulfametoxazol
Hidralazina	Sulindac
Penicilinas	

- **Tuberculosis.**
- Se manifiesta como adenopatías cervicales fluctuantes subagudas o crónicas sin inflamación importante o dolor. En la manifestación miliar se puede hallar adenopatías generalizadas.
- **Neoplasias malignas.**
- Se incluye la enfermedad de Hodgkin, linfoma no Hodgkin, neuroblastoma, leucemia linfocítica aguda, leucemia mieloide aguda, rhabdomyosarcoma, entre muchas otras.
- **Enfermedades histiocíticas.**
- La histiocitosis de células de Langerhans y no Langerhans pueden presentarse como adenopatías unilaterales o bilaterales cervicales e incluso como adenomegalias masivas.

Enfoque diagnóstico de las adenopatías en niños

Es fundamental hacer una adecuada anamnesis, que incluya el relato cronológico de la enfermedad, vacunaciones, exposición a animales o medicamentos, síntomas asociados (baja de peso, fiebre o sudoración nocturna, conocidos como síntomas B en los linfomas). Asimismo, realizar un minucioso examen físico que incluya examen general, observando cuan afectado luce el niño (palidez y equimosis nos orientan hacia una afectación de la médula ósea), así como regional de todas las cadenas ganglionares detallando el tamaño de los ganglios (los ganglios cervicales y axilares pueden llegar a tener un diámetro normal hasta de 1 cm, los inguinales hasta de 1,5 cm y los epitrocleares hasta de 0,5 cm,¹¹ consistencia (a mayor consistencia, mayor posibilidad de malignidad), movilidad y la presencia o ausencia de dolor. También dar énfasis en el examen de cavidad oral, piel, palpación de hígado y bazo (cuando se asocia hepatoesplenomegalia es sugestiva de enfermedad oncológica y/o infecciosa).

En muchos casos, se recomienda administrar un curso de antibiótico si hay evidencia de etiología infecciosa, debiendo ser cautos en la indicación de corticoides ya que estos podrían enmascarar una mejoría en niños con linfomas o leucemia. El tiempo de evolución es un dato importante, en general las adenopatías de origen benigno muestran regresión en 4 a 6 semanas.¹²

Existen técnicas diagnósticas disponibles en nuestro medio que son útiles en la valoración de un paciente con adenopatías sospechosas de malignidad:

- **Laboratorio.** Es importante realizar un hemograma que descarte la presencia de pancitopenia o linfocitosis, que sugerirían malignidad. La lactato deshidrogenasa (LDH) es un marcador útil de hemólisis y malignidad. Otras proteínas de fase aguda como la velocidad de sedimentación globular (VSG) y la proteína C reactiva (PCR) pueden indicar infección. Aunque no son exámenes específicos, existe sospecha de infección se debe realizar serologías específicas.

- **Ecografía.**
- Permite una evaluación rápida, no invasiva, económica y sensible de lesiones superficiales. Puede diferenciar estructuras quísticas o sólidas y cadenas ganglionares de difícil palpación.¹³
- **Tomografía espiral multicorte (TEM).** Es un examen útil en la evaluación de adenopatías profundas o en caso de pacientes que requieran un estadiaje.
- **Biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF).** Es un examen útil en el diagnóstico de masas de cabeza y cuello, que brinda la ventaja de evitar un procedimiento invasivo y bajo anestesia y baja morbilidad; sin embargo, no se conoce la sensibilidad de esta técnica en niños, es difícil su realización en niños que no colaboran y es dependiente del médico citólogo, además que no permite la valoración de la arquitectura nodal por lo que en algunas patologías como los linfomas requiere una confirmación por biopsia incisional.¹⁴
- **Biopsia excisional.** Continúa siendo el gold estándar para el diagnóstico de linfadenopatías persistentes. Se indica en pacientes con adenopatías persistentes por más de 4 semanas que no responden a un curso de tratamiento antibiótico o en lesiones de menor duración con sospecha de malignidad^{11,15} (Tabla 3).

Tabla 3. Signos que aumentan la sospecha de malignidad.

Signos que aumentan la sospecha de malignidad

Síntomas sistémicos como fiebre mayor a una semana, sudoración nocturna o baja de peso
 Localización supraclavicular o cervical inferior
 Consistencia dura, no móvil y no dolorosa
 Hemograma anormal
 No hay signos de infección local
 Tamaño mayor a 2 cm en cualquier localización o edad
 No mejoría a pesar de tratamiento antibiótico
 Persistencia mayor a 4 semanas

A pesar que se han propuesto algoritmos de manejo,¹⁶ aun no hay guías de práctica clínica en la población pediátrica.

CONCLUSIONES

- La presencia de ganglios palpables en un niño es un hallazgo común y en la mayoría de los casos es causada por una hiperplasia reactiva.
- El enfoque inicial diagnóstico es vital a fin de descartar una neoplasia maligna como causa de las adenopatías, siendo la anamnesis y el examen físico el paso más importante.
- Ante signos o síntomas de malignidad debe realizarse un estudio de laboratorio, imágenes y biopsia excisional.
- La sospecha de malignidad debe estar dada inicialmente por las características de la adenopatía al examen físico y síntomas asociados como pérdida de peso significativa (mayor a un 10% del basal), hemograma anormal, radiografía de tórax anormal, fiebre prolongada o falta de síntomas respiratorios.
- Es importante evitar el tratamiento con corticoides en pacientes que no tengan un diagnóstico definitivo, ya que puede enmascarar o retrasar el diagnóstico de leucemia o linfoma.

Fuentes de financiamiento: autofinanciado.

Conflictos de interés: el autor declara no tener ningún conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Park YW. Evaluation of neck masses in children. *Am Fam Physician* 1995 Jun;51(8):1904-12.
2. Larsson LO, Bentzon MW, Berg KK, Mellander L, Skoogh BE, Strannegard IL, et al. Palpable lymph nodes of the neck in Swedish schoolchildren. *Acta Paediatr* 1994 Oct;83(10):1091-4.
3. Herzog LW. Prevalence of lymphadenopathy of the head and neck in infants and children. *Clin Pediatr (Phila)* 1983 Jul;22(7):485-7.
4. Knight PJ, Mulne AF, Vassy LE. When is lymph node biopsy indicated in children with enlarged peripheral nodes? *Pediatrics* 1982 Apr;69(4):391-6.
5. Ferrer R. Lymphadenopathy: differential diagnosis and evaluation. *Am Fam Physician* 1998 Oct 15;58(6):1313-20.
6. Heinrich Wa, Judd Es, Jr. A critical analysis of biopsy of lymph nodes. *Proc Staff Meet Mayo Clin* 1948 Oct 13;23(21):465-9.
7. Soldes OS, Younger JG, Hirschl RB. Predictors of malignancy in childhood peripheral lymphadenopathy. *J Pediatr Surg* 1999 Oct;34(10):1447-52.
8. Kelly CS, Kelly RE, Jr. Lymphadenopathy in children. *Pediatr Clin North Am* 1998 Aug;45(4):875-88.

9. Grossman M, Shiramizu B. Evaluation of lymphadenopathy in children. *Curr Opin Pediatr* 1994 Feb;6(1):68-76.
10. Bazemore AW, Smucker DR. Lymphadenopathy and malignancy. *Am Fam Physician* 2002 Dec 1;66(11):2103-10.
11. Friedmann AM. Evaluation and management of lymphadenopathy in children. *Pediatr Rev* 2008 Feb;29(2):53-60.
12. Stutchfield Chris J, Tyrrell Jenny. Evaluation of lymphadenopathy in children. *Paed Child Health* 2012 Jan; 22(3):98-102.
13. Niedzielska G, Kotowski M, Niedzielski A, Dybiec E, Wieczorek P. Cervical lymphadenopathy in children - incidence and diagnostic management. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2007 Jan;71(1):51-6.
14. Anne S, Teot LA, Mandell DL. Fine needle aspiration biopsy: role in diagnosis of pediatric head and neck masses. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2008 Oct;72(10):1547-53.
15. Celenk F, Baysal E, Aytac I, Durucu C, Sari I, Mumbuc S, et al. Incidence and predictors of malignancy in children with persistent cervical lymphadenopathy. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2013 Dec;77(12):2004-7.
16. Umopathy N, De R, Donaldson I. Cervical lymphadenopathy in children. *Hosp Med* 2003 Feb;64(2):104-7.

Correspondencia: Iván Maza Medina, Liliana Vásquez Ponce.

Unidad de Oncología Pediátrica y del Adolescente, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Dirección: Av. Domingo Cueto 940, Jesús María, Lima 11, Perú.

Teléfono: (+51 1) 2654901 - anexo 3115

Correo electrónico: ivanmaza@oncopediatria.pe, lilianavasquez@oncopediatria.pe