

ADENOPATÍAS INFANTILES: ¿CÓMO SABEMOS SI ES BENIGNO O MALIGNO?

Autor: Dra. Constanza Valenzuela G. Residente Medicina Familiar UC

Editor: Dra. Pamela Rojas G. Médico Familiar UC

20 de abril 2021.

RESUMEN PORTADA: Las adenopatías durante la edad pediátrica son un motivo de consulta muy frecuente. Su origen va desde causas banales hasta manifestaciones de patologías oncológicas, lo que genera angustia entre padres, cuidadores y tratantes. En este artículo revisaremos signos, síntomas y exámenes que nos pueden ayudar a orientar su diagnóstico diferencial.

INTRODUCCIÓN

Las adenopatías corresponden a ganglios linfáticos anormales, ya sea en número, consistencia o tamaño ⁽¹⁾. Su origen multifactorial se traduce en un gran desafío para el médico tratante, quien debe definir si lo que palpa es benigno o maligno y actuar en consecuencia.

El aumento de volumen de un ganglio se puede dar por 4 grandes motivos ⁽²⁾:

- A. Por aumento de macrófagos o linfocitos, en respuesta a un antígeno (infecciones).
- B. Por proliferación de células malignas (neoplasias).
- C. Por infiltración de macrófagos cargados de sustancias de depósito (enfermedades por depósito).
- D. Por infiltración de células inflamatorias.

Un estudio descriptivo retrospectivo, realizado en un Hospital de la Ciudad de Medellín en 2015 ⁽³⁾, evaluó 61 fichas clínicas de pacientes menores de 15 años, entre los años 2009 y 2012, que presentaban adenopatías que fueron sometidas a biopsias. Los resultados mostraron:

- De los 61 casos revisados, sólo en el 47,5% se logró identificar causa patológica.
- En el 50,8 % se identificó hiperplasia reactiva, 27,9% causa neoplásica y 3.3% infección bacteriana.
- En cuanto a la extensión, el 86.8% fue de tipo localizada y el 13.3% fue de tipo generalizada. El 60.6% se presentó con una localización cervical.
- El 72.1% fue identificada como causa benigna y el 27.8% fue una causa maligna.
- De las identificadas como causas malignas, el 64,7% fue por Linfoma de Hodgkin, con un 52,9% en la región cervical y con un 82.3% con presentación localizada.

De este estudio, los autores concluyen que la etiología benigna es la causa más frecuente de adenopatías en niños, y aunque el origen maligno es menos frecuente, es importante conocer la forma de presentación y las banderas rojas asociadas para lograr un diagnóstico oportuno.

ADENOPATÍAS INFANTILES Y TUMORES

En Chile, las neoplasias en la edad pediátrica son muy poco frecuentes. En el primer informe del Registro Nacional de Cáncer Infantil en Chile en menores de 15 años (RENCI) del año 2018 ⁽⁴⁾, mostró que este grupo de patologías se manifiesta en 128.2 niños x millón de menores

de 15 años, siendo la Leucemia la causa más frecuente a cualquier edad, y el en segundo lugar el linfoma (pacientes mayores de 5 años de edad).

¿Qué dice la evidencia de la asociación entre adenopatías y cáncer infantil?

Un estudio de caso y controles publicado en el año 2013 ⁽⁵⁾, que incluyó a 1267 casos y 15318 controles, buscó signos y síntomas que aumentaran la probabilidad de encontrar un cáncer infantil, en un contexto ambulatorio. El estudio mostró:

- Las linfadenopatías se presentaron en el 5.45% del grupo caso y en el 0.22% del grupo control, con un VPP 0.09% IC (0.06%-0.13%). Este VPP, cuando se evaluaba en combinación con 3 más consultas por cualquier motivo en un periodo de 3 meses, aumentaba a VPP 0.20% (0.10%-0.39%), presentándose como el cuarto signo o síntoma más frecuente luego de *palidez*, hinchazón de masa o bulto en cabeza y cuello, y aumento de volumen en sitio del bulto.
- Cuando se evaluaba por subgrupo de cánceres, en el grupo de Leucemias y linfomas, las linfadenopatías se presentaron en el 11,8% de los casos y en el 0.3% de los controles con un VPP 0.06% (0.04-0.11) con LR 43.4. Si esto se lleva al nomograma tenemos que desde una prevalencia de 0.0128% de probabilidad pre test, aumentaba a 3 % de probabilidad de presentar cáncer luego de la presencia de linfadenopatía.

Los autores concluyen que un diagnóstico de cáncer infantil es poco común, por lo que los VPP nunca serán altos. Tener en cuenta la gravedad del cáncer y su gran potencial de curación en pacientes pediátricos, justifica la investigación en los casos más dudosos.

¿Qué dice la evidencia de las banderas rojas de niños con adenopatías?

En el contexto de adenopatías, la Guía Clínica de Linfoma y tumores sólidos en menores de 15 años del año 2015 del Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), sugiere sospechar malignidad en las siguientes situaciones ⁽⁷⁾

- Adenopatías mayores a 3 cm
- Adenopatía unilateral
- Ausencia de infección concomitante o dolor
- Presenta consistencia dura o firme
- Presenta progresión o ausencia de regresión
- Presenta adherencia a planos profundos
- Se presenta en región supraclavicular, cervical baja, ubicación posterior o cabalgando el esternocleidomastoideo o mediastino

Cuando a estas características se le agrega: edad mayores a 10 años, sexo masculino, la asociación a síntomas b (baja de peso, sudoración nocturna y fiebre), ácido úrico elevado y leucopenia, aumentan las sospechas.

Un estudio de cohorte retrospectivo ⁽⁸⁾ publicado en 2015, incluyó a 575 pacientes adultos y pediátricos. Buscó identificar factores clínicos que pudieran predecir malignidad en pacientes con linfadenopatía cervical persistente. El estudio revisó 15 años de registros clínicos.

Los resultados mostraron:

- Grupo 1, menores de 18 años: Sexo masculino OR 4.1 (IC 1,8-9.6), Lesiones del lado izquierdo OR 3.4 (IC 1.4-8.3), Mayor tamaño de linfadenopatía OR 1,4 (IC 1.02-2.04), Mayor edad OR 1.07 (IC 1.0-1.1).
- Grupo 2, mayores de 18 años: Presencia de síntomas B OR 4,9 (IC 2.8-8.7), Sexo masculino OR 3.7 (IC 2.3-5.9), Mayor edad OR 1.01(IC 1.0-1.02), Duración de enfermedad OR 0.77 (IC 0.6-0.8)

Los autores concluyeron que fueron predictores de malignidad:

- la edad más avanzada y el sexo masculino.
- adenopatías de gran tamaño
- adenopatías localizadas en el hemicuerpo izquierdo

No se encontró una asociación significativa entre el sitio del cuello afectado y la malignidad para ningún grupo estudiado.

¿CUÁNDO Y CÓMO ESTUDIAR LAS ADENOPATÍAS?

Como primer concepto clave, cuando hay sospecha de malignidad la derivación a oncología **no debiese retrasarse**.

En caso que haya dudas diagnósticas se recomienda solicitar:

- exámenes generales: hemograma + VHS
- pruebas serológicas específicas: si hay sospecha de sobreinfección bacteriana, como en enfermedad por rasguño de gato (*Bartonella Henselae*) o causa infecciosa viral (Citomegalovirus o virus Epstein barr)

¿Qué dice la evidencia sobre el rol de la ecografía?

Un estudio de cohorte prospectivo publicado en el año 2011⁽⁹⁾, que incluyó a 192 pacientes entre los 8 a 71 años (promedio de 47 años), evaluó el rol de la ecografía en la diferenciación de linfadenopatías cervicales por tuberculosis, metástasis o linfomas. La intervención incluyó una ecografía a los ganglios en estudio y luego biopsia o PAAF.

Los hallazgos mostraron que en el caso de los nódulos reactivos, el mayor índice longitudinal/transversal fue lo que más predominó, asociado a la ausencia de halo periférico y de ecos internos. En el caso de los nódulos tuberculosos, lo más específico fue la presencia de ecos internos, que correspondían a calcificaciones. En el caso de los nódulos malignos la ausencia de hilio y un mayor índice longitudinal/transversal fue lo más específico.

RESUMEN

Lo más habitual es que las adenopatías de un niño sean de causa benigna.

Los cánceres en niños Chilenos son muy poco frecuentes, sin embargo, es importante realizar una buena anamnesis y un examen físico acucioso, para pesquisar banderas rojas y actuar con la debida prontitud en la derivación de los casos sospechosos de malignidad.

En caso de tener dudas, parece razonable solicitar exámenes complementarios como hemograma, parámetros inflamatorios y ecografía.

REFERENCIAS:

- 1.- Fica D. 2017, *Pediatría y cirugía infantil, Adenopatías En Pediatría, Síntesis Facultad Universidad de Chile.*
- 2.- Lupiani P., 2018. *ADENOPATÍAS ¿CUÁNDO DEBEMOS CORRER?, 15vo curso de actualización Pediatría AEPE.*
- 3.- Gómez E, Giraldo L, Espinal D, Hurtado I. 2015. *Características clínicas e histológicas de adenopatías en pacientes pediátricos. Revista Chilena de pediatría.*
- 4.- Departamento de Epidemiología Ministerio De Salud. 2018. *Primer informe del registro nacional de cáncer infantil de Chile menores de 15 años (RENCI) primera edición quinquenio 2007-2011, Sitio web: <http://www.ipsuss.cl/informe-renci-2007-2011-registro-nacional-cancer-infantil-departamento-epidemiologia-minsal-2018>.*
- 5.- Dommett R, Redaniel T, Stevens M. 2013. *Risk of childhood cancer with symptoms in primary care. British Journal of general practice.*
- 6.- Guía clínica Linfoma y Tumores sólidos en menores de 15 años, DIPRECE, 2015. MINSAL: Chile.
- 7.- Manual ¿Cuándo sospechar cáncer den el niño y como derivar?, 2015. MINSAL. Chile
- 8.- Celenk, F., Gulsen, S., Baysal, E. et al. 2016. *Factores predictivos de malignidad en pacientes con adenopatías cervicales persistentes. PUBMED.*
- 9.- World J, Khanna R, Sharma AD, Khanna S, Kumar M, Shukla RC. 2011 *Usefulness of ultrasonography for the evaluation of cervical lymphadenopathy. PUBMED.*