

EVALUACIÓN DE ADENOPATÍAS PERIFÉRICAS EN ADULTOS EN APS

Autor: Dra. Constanza Rentería A. Residente Medicina Familiar Adultos PUC.

Editor: Dra. Isabel Mora M. Docente Departamento Medicina Familiar PUC.

Fecha: Diciembre 2022

Resumen Portada:

Las adenopatías periféricas son un hallazgo frecuente en APS con múltiples causas. Muchas veces los pacientes son derivados innecesariamente a una amplia gama de especialistas en atención secundaria, retrasando de esta manera su diagnóstico y manejo. En este artículo se revisará el enfrentamiento inicial de esta condición con el objetivo de mejorar la resolutivez en APS.

Palabras Claves: Adenopatías Periféricas, Enfrentamiento inicial, diagnóstico, APS, Medicina Familiar

Introducción

Una adenopatía se define como un aumento de tamaño o alteración en la consistencia de un linfonodo ≥ 1 cm (en caso de linfonodo Inguinal ≥ 2 cms) ¹. Este puede ser un hallazgo incidental en examen físico, o como signo o síntoma de alguna enfermedad sistémica. Sin embargo, la mayoría de los casos son autolimitados y benignos ².

Enfrentamiento inicial

En primera instancia es importante confirmar el diagnóstico ya que una tumoración en territorios ganglionares no siempre corresponde a una adenopatía. Por ejemplo, en el cuello puede tratarse de quistes branquiales, nódulos tiroideos, hipertrofia parotídea o glándulas salivales submandibulares. En la región inguinal podría tratarse de una hernia pequeña, lipomas, fibromas, quistes sebáceos que pueden simular el crecimiento ganglionar ³.

Luego de haber definido lo anterior, es fundamental realizar una historia clínica detallada con especial atención a **descartar malignidad**. En menores de 40 años hay que pensar en procesos inflamatorios autolimitados (etiología benigna), y en mayores de 40 años aumenta la probabilidad de neoplasias (etiología maligna) ¹. Es fundamental evaluar el tiempo de evolución, ya que aquellas adenopatías de menos de dos semanas o más de 12 meses sin cambios de tamaño es menos probable que sean neoplásicas. No olvidar preguntar por síntomas B como fiebre inexplicada, sudoración nocturna intensa o pérdida de peso inexplicable de más de 10%.

Factores de riesgo de malignidad

En un estudio retrospectivo realizado en Australia entre el año 2008 y 2020 con 320 pacientes ⁵ se determinó que en mayores de 45 años existe hasta 5 veces más probabilidad de tener un diagnóstico maligno (OR 5,68 IC 95% (3,15-10,24)). En el caso de adenopatías mayores de 2 cm esto podría llegar a una probabilidad 10 veces mayor de malignidad en comparación con pacientes sin este factor de riesgo (OR 10,57 IC 95% (4,52-24,71)). Si el paciente ya tiene historia de malignidad, tiene 6 veces más probabilidades de ser maligno (OR 6,69 IC 95% (1,91 -25,33)). Y si tiene adenopatías generalizadas, síntomas B como fiebre, sudoración nocturna o pérdida de peso inexplicable, el riesgo se incrementa 4 veces.

Tabla 2. Factores de riesgo de malignidad ⁵

Factor de riesgo	Medida de confianza
Edad mayor 45 años	OR 5,68 IC 95% (3,15-10,24)
Linfadenopatías generalizadas	OR 4,15 IC 95% (1,53-11,28)
Adenopatía > 2 cm	OR 10,57 IC 95% (4,52-24,71)
Supraclavicular	OR 4,98 IC 95% (1,51-16,44)
Historia de malignidad	OR 6,69 IC 95% (1,91 -25,33)
Fiebre, Sudoración Nocturna, baja de peso	OR 4,02 IC 95% (1,62-10)

Notas: OR: Odds Ratio, IC: intervalo de confianza. Tabla de elaboración propia en base a la referencia citada

Otros antecedentes

- Inmunosupresión (VIH), Tabaco, OH, historia sexual, radiación, mascotas, historia ocupacional, exposición a sílice o berilio y cánceres familiares.
- Síntomas acompañantes que nos puedan orientar a diferentes orígenes ¹:
-Artralgias, debilidad muscular o exantemas: pensar en etiología autoinmune
-Fiebre, calofríos, malestar general: pensar en etiología infecciosas
- Fármacos: existe una amplia variedad de medicamentos que podrían producir adenopatías que se detallan en la Tabla 1:

Tabla 1. Fármacos que pueden producir adenopatías ¹.

Penicilina	Amoxicilina	Ciprofloxacino
Tetraciclina	Lincomicina	Estreptomina
Metronidazol	Cotrimoxazol	Alopurinol
Atenolol	Captopril	Carbamazepina
Cefalosporina	Metildopa	Propranolol

Notas: Tabla de elaboración propia en base a la referencia citada

Para considerar todos los diagnósticos diferenciales, podemos usar la mnemotecnica propuesta por la AAFP: **MIAMI** ¹, la cual incluye:

- **M**alignidad (linfoma, leucemia, neoplasias, sarcoma Kaposi)
- **I**nfecciones bacterianas (Sífilis, tuberculosis, enfermedad por arañazo de gato, estafilocócicas, estreptocócicas) y virales (Adenovirus, Citomegalovirus, Epstein Barr. mononucleosis VIH, infección por virus herpes zóster);
- **A**utoinmunes (Artritis Reumatoide, Sjögren, Lupus);
- **M**isceláneos (Enfermedad de Kawasaki, Sarcoidosis, Histiocitosis);
- **I**atrogénico (fármacos).

Examen Físico

Evaluar calor, eritema, sensibilidad a la palpación, movilidad, fluctuación y consistencia de la adenopatía ⁴. De acuerdo con la localización y cantidad de regiones ganglionares comprometidas se pueden clasificar como ^{1,2,3}:

- **Localizadas:** 1 región comprometida. El sitio más frecuente es el cuello. En caso de que esté ubicado en cabeza o cuello, considerar causas infecciosas. En aquellas de ubicación supraclavicular, el 34-50% son malignas sobre todo en mayores de 40 años. En ubicación axilar se debe estar atentos en mujeres por patología mamaria maligna. La localización EpitrocLEAR

siempre es patológica. En la ubicación Inguinal se debe tener en mente enfermedades de transmisión sexual, infecciones de piel y cáncer genital.

- **Generalizadas:** 2 o más regiones no contiguas. En general, corresponde a una enfermedad sistémica que puede ser Infecciosa (Mononucleosis, VIH, Micobacterias, enfermedad por criptococo, CMV), Autoinmune (LES), o de causa neoplásica como sarcoma de kaposi, leucemias, linfomas, metástasis.

Estudio con Imágenes

El estudio Australiano mencionado ⁵ evaluó la eficacia del uso de ultrasonido para detectar adenopatías malignas, demostrando que posee un excelente valor predictivo negativo de 97% para excluir malignidad. Además de una alta sensibilidad 98%, una especificidad de 52% y un valor predictivo positivo de 63%. Por lo que se puede concluir que la ecografía podría ser una buena opción para descartar malignidad en pacientes con adenopatías sospechosas (con factores de riesgo de malignidad) si es que se tiene disponible.

Al realizar la ecografía se deben tener en cuenta los siguientes parámetros ⁶:

- Eje largo/ Eje corto: <2 es indicador de malignidad
- Forma: ovoidea (normal); redondeada (anormal)
- Presencia de hilio graso: central (normal); pérdida del hilio graso (anormal)
- Ecogenicidad: difusa, aspecto quístico, presencia de calcificaciones, necrosis y componente sólido periférico son sospechosos de malignidad
- Márgenes: regular (normal); irregular (anormal)
- Distribución de flujo al Doppler: central (normal); periférico, heterogéneo (anormal)

¿Tratamiento empírico con antibióticos y corticoides?

Los antibióticos no están indicados a menos que exista una fuerte sospecha de una infección bacteriana, y los glucocorticoides no deben usarse de manera empírica, ya que su efecto linfólítico podría enmascarar o retrasar algunos diagnósticos como linfoma o leucemia, y contribuyen a retrasar la cicatrización o activación de infecciones subyacentes ⁷.

Seguimiento

En pacientes en quienes se descarta malignidad, se recomienda seguimiento clínico a las 2- 4 semanas. Si las adenopatías persisten más de 4 semanas, se denominan **“adenopatías persistentes”**. Expertos recomiendan que, si no tienen signos ni síntomas de malignidad, se puede continuar el seguimiento otras 2 a 4 semanas. Si persisten en ese control, aumentan de tamaño o aparecen síntomas de alarma, se debe realizar un estudio más acabado con laboratorio general e imágenes (ecografía o Tomografía axial computada) y considerar derivar a especialista de acuerdo con la sospecha clínica.

Conclusiones

- La evaluación óptima de las linfadenopatías permite un diagnóstico rápido, preciso y un tratamiento oportuno.
- Nuestro rol es realizar un buen enfrentamiento inicial mediante una anamnesis y examen físico detallado para detectar factores de riesgo de malignidad, poder tratar las adenopatías que sean posibles, realizar exámenes atingentes y seguirlo y/o derivar en caso que sea necesario, lo cual ayudaría a aumentar la resolutivez en APS.

Referencias

1. Gaddey HL, Riegel AM. Unexplained Lymphadenopathy: Evaluation and Differential Diagnosis. Am Fam Physician. 2016 Dec 1;94(11):896-903. PMID: 27929264.

2. Bazemore AW, Smucker DR. Lymphadenopathy and malignancy. *Am Fam Physician*. 2002 Dec 1;66(11):2103-10. PMID: 12484692
3. Laso Guzman, F. J. (2018). *Diagnostico Diferencial En Medicina Interna* (F. J. Laso Guzman, Ed.; 4a ed.). Elsevier. <https://www.elsevier.com/books/diagnostico-diferencial-en-medicina-interna/978-84-9113-173-1>
4. Thakur, J. S., Sharma, M. L., Mohan, C., Mohindroo, N. K., & Kaushik, N. K. (2007). Clinicopathological and radiological evaluation of cervical lymph node metastasis in head and neck malignancies. *Indian Journal of Otolaryngology and Head and Neck Surgery: Official Publication of the Association of Otolaryngologists of India*, 59(4), 327–331. <https://doi.org/10.1007/s12070-007-0094-2>
5. Loh, Z., Hawkes, E. A., Chionh, F., Azad, A., & Chong, G. (2021). Use of ultrasonography facilitates noninvasive evaluation of lymphadenopathy in a lymph node diagnostic clinic. *Clinical Lymphoma, Myeloma & Leukemia*, 21(2), e179–e184. <https://doi.org/10.1016/j.clml.2020.09.012>
6. Ahuja, A. T., & Ying, M. (2005). Sonographic evaluation of cervical lymph nodes. *AJR. American Journal of Roentgenology*, 184(5), 1691–1699. <https://doi.org/10.2214/ajr.184.5.01841691>
7. Pynnonen, M. A., Gillespie, M. B., Roman, B., Rosenfeld, R. M., Tunkel, D. E., Bontempo, L., Brook, I., Chick, D. A., Colandrea, M., Finestone, S. A., Fowler, J. C., Griffith, C. C., Henson, Z., Levine, C., Mehta, V., Salama, A., Scharpf, J., Shatzkes, D. R., Stern, W. B., ... Corrigan, M. D. (2017). Clinical Practice Guideline: Evaluation of the Neck Mass in Adults executive summary. *Otolaryngology--Head and Neck Surgery: Official Journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 157(3), 355–371. <https://doi.org/10.1177/0194599817723609>