

HALLAZGOS EN LOS NIÑOS REFERIDOS PARA ESTUDIAR POR ADENOPATÍAS

José Fernando Chavarría, Walter Kitzing, German Moreno*

RESUMEN

Se revisaron los expedientes de 134 niños atendidos en el Centro de Diagnóstico del Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera" del 10 de enero de 1984 al 9 de enero de 1985, referidos por el problema de adenopatías. Hubo una mayor frecuencia de hombres, aunque no fue estadísticamente significativa. La mayoría de los niños eran preescolares. Más de la mitad presentaba un problema crónico-reactivo a infección previa. En segundo lugar presentaban adenitis bacteriana y de tercero linfadenitis toxoplásmica. Menos frecuentes fueron aquellos que presentaban becegitis, absceso bacteriano y quiste tirogloso. La mayoría de los niños no presentó linfadenopatía generalizada ni recibió ningún tratamiento. Se adjunta un algoritmo para el manejo de los niños con linfadenopatías. [Rev. Cost. Cienc. Méd. 1986; 7(4):351-355].

INTRODUCCIÓN

Las adenopatías o enfermedades de los ganglios linfáticos (1) son parte de una respuesta generalizada del sistema retículo-endotelial, en la mayoría de los casos asociadas con una enfermedad viral (12). Los niños son traídos a consulta porque tienen una masa palpable (16). El médico puede adoptar una gran variedad de actitudes, desde no hacer nada, hasta ordenar un sin número de exámenes que no sólo representan una erogación injustificada de dinero, sino que también aumentan las dudas y preocupaciones de los parientes del niño (10). El conocimiento de la distribución normal de las adenopatías (según la edad) es importante para determinar cuándo un ganglio linfático es patológico. De acuerdo con Herzog, la distribución y prevalencia de las linfadenopatías en la infancia no habían sido previamente documentadas (7); él encuentra que la única investigación en

la literatura fue hecha en 1886 por Dietrich (publicada con el nombre de Die Palpation der Lymphdrusen). En nuestro medio, el trabajo de Lobo y García (10) introdujo una luz en el conocimiento de los niños con estas alteraciones.

Con el deseo de evaluar el trabajo rutinario en la consulta externa del Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera" (H.N.N.) de San José, Costa Rica, hemos decidido analizar los expedientes de todos los niños atendidos durante un año en el Centro de Diagnóstico (C. Dx.) de este Hospital y que tuvieran como motivo de consulta "adenopatías". Pretendemos evaluar el trabajo hecho y establecer normas más eficientes en el manejo de los niños. De esta manera podremos ayudar a los médicos que se enfrentan con niños con linfadenopatías en la consulta institucional y privada.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se revisaron ciento treinta y cuatro expedientes de los niños atendidos en el C. Dx. del H.N.N. del 10 de enero de 1984 al 9 de enero de 1985, y quienes tenían como motivo de consulta "adenopatías". Los pacientes fueron interrogados y examinados por el médico interno universitario asignado a la consulta, supervisado por un asistente de pediatría. A los que se les solicitó exámenes de laboratorio, fueron citados al C. Dx. por segunda vez 10 ó 21 días después. Si ameritó controles posteriores éstos se hicieron en la consulta programada de pediatría general o de sub-especialidades.

Se utilizó la guía confeccionada por la Jefatura de Consulta Externa H.N.N. para el abordaje de los pacientes en el C. Dx. (8) que incluye para estos casos: hemograma completo, tuberculina (PPD), prueba indirecta de anticuerpos fluorescentes. (IF) por toxoplasmosis, y búsqueda de anticuerpos por mononucleosis, además de una radiografía de tórax, cuando el paciente presentaba una P.P.D. positiva, adenopatías unilaterales o pérdida de peso.

Se clasificaron como portadores de adenopatía reactiva los que mantenían un buen estado general, presentaban una afección desencadenante (sepsis oral, faringoamigdalitis, lesiones

* Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera", San José - Costa Rica.

inflamatorias de la piel, etc.), no tenían hepatoesplenomegalia y los exámenes de laboratorio eran normales o no reactivos.

Los niños con linfadenitis toxoplásmica no tenían infección de otro tipo en el sitio (o sitios) anatómicos drenados por el ganglio afectado, la P.P.D. era no reactiva, los anticuerpos por mononucleosis negativos y la I.F. por toxoplasmosis de 1:1024 o más.

Los casos de duda fueron referidos al oftalmólogo para la detección de coriorretinitis.

RESULTADOS:

El centro de diagnóstico es un consultorio de consulta externa, creado para atender pacientes referidos por 7 patologías: fiebre prolongada, adenopatías, hepatoesplenomegalia, diarrea crónica, ictericia prolongada, vómitos crónicos y estreñimiento (8).

En 1984 el motivo más frecuente de consulta fue diarrea crónica (32%) y adenopatías en segundo lugar (21%).

Ciento treinta y cuatro niños fueron referidos por adenopatías y aunque hubo una frecuencia mayor de los hombres (77 vs 57 mujeres), ésta no fue significativa ($\alpha = 0,05$). Al hacer la distribución etaria (Cuadro 1), encontramos que los lactantes menores de 1 año son los menos afectados, mientras que más de la mitad de los niños eran lactantes mayores y preescolares (1-6 años). El grupo de escolares que abarca niños de 7 a 12 años constituyó una tercera parte de la muestra.

Más de la mitad de los niños (Cuadro 2) presentaba un problema reactivo a una infección crónica: adenoamigdalitis, inflamaciones de la piel, sepsis oral, y otros. El segundo lugar en frecuencia lo ocuparon los niños con adenitis bacteriana y el tercero los portadores de linfadenitis toxoplásmica. Menos frecuentes fueron aquellos con becegitis, absceso bacteriano y quiste tirogloso. De los siguientes diagnósticos, encontramos un niño con cada uno de ellos: tuberculosis, linfoma de Hodgkin, mononucleosis, fístula branquial, quiste dermoide, tumor mixto de parótida, hematoma del esternocleidomastoideo, histiocitosis X, nódulo tiroideo, epiteloma de Malherbe y linfocitosis no especificada con patrón folicular. El diagnóstico fue hecho o confirmado mediante biopsia en el 8,2 por ciento de los casos (11 niños).

La evolución promedio del padecimiento antes de consultar en el C. Dx. con excepción de los niños con becegitis (Cuadro 3) fue mayor de 1 mes. Los niños con linfadenitis atribuida a toxo-

plasmosis fueron los de mayor tiempo de evolución. Con base en la definición de linfadenopatía generalizada con el crecimiento de más de dos regiones linfáticas no contiguas (17) encontramos que el patrón predominante en nuestros casos fue el de linfadenopatías localizadas (Cuadro 4).

CUADRO 1

EDAD DE 132 NIÑOS ESTUDIADOS POR ADENOPATÍAS EN EL CENTRO DE DIAGNÓSTICO DEL HNN

Grupo etario (años)	n (%)
Menores de 1	14 (10,6)
1- 6	72 (54,5)
7-12	46 (34,8)

Edad de: conocida en dos niños

CUADRO 2

DIAGNÓSTICOS FINALES DE 134 NIÑOS REFERIDOS AL CENTRO DE DIAGNÓSTICO PARA ESTUDIO POR ADENOPATÍAS

Diagnóstico	n (%)
Reacción a una infección previa	73 (54,4)
Adenitis bacteriana	26 (19,4)
Linfadenopatía toxoplásmica	17 (12,7)
Becegitis	3 (2,2)
Quiste tirogloso	2 (1,5)
Absceso bacteriano	2 (1,5)
Adenitis tuberculosa	1 (0,75)
Linfoma de Hodgkin	1 (0,75)
Mononucleosis infecciosa	1 (0,75)
Fístula branquial	1 (0,75)
Quiste dermoide	1 (0,75)
Tumor mixto de parótida	1 (0,75)
Hematoma del esternocleidomastoideo	1 (0,75)
Histiocitosis X	1 (0,75)
Nódulo tiroideo	1 (0,75)
Epiteloma de Malherbe	1 (0,75)
Linfocitosis no especificada con patrón folicular	1 (0,75)

CUADRO No. 3

**EVOLUCIÓN PROMEDIO EN MESES DEL
CUADRO CLÍNICO DE LOS 134 NIÑOS
ESTUDIADOS POR ADENOPATÍAS
EN EL CENTRO DE DIAGNÓSTICO**

Diagnóstico	Evoluc. (meses)
Toxoplasmosis	12,4
Adenopatía reactiva	8,6
Quiste tirogloso	4,0
Adenitis bacteriana	3,7
Absceso bacteriano	1,7
Becegitis	1,0

CUADRO 4

**AFECCIÓN GANGLIONAR
SEGÚN LOS CUATRO DIAGNÓSTICOS
MÁS FRECUENTES EN 134 NIÑOS
ESTUDIADOS POR ADENOPATÍAS
EN EL CENTRO DE DIAGNÓSTICO
DEL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS**

Diagnóstico	Localizada	Generalizada
Adenopatía reactiva*	48	12
Adenitis bacteriana	26	-
Linfadenopatía		
Toxoplásmica	13	4
Becegitis	3	-

* Dato desconocido en 13 niños.

Los niños con adenopatías reactivas no recibieron tratamiento. De los que tenían linfadenopatía toxoplásmica, cinco (5/17) recibieron tratamiento. Dos porque los títulos eran altos (1:8192 y 1: 48 576) y tres porque los títulos de anticuerpos iban en ascenso en el control 8 semanas después. (En el Centro Diagnóstico ningún niño recibió tratamiento antitoxoplásmico).

Quince niños recibieron dicloxacilina por el problema de adenitis bacteriana, seis penicilina parenteral y dos recibieron ambos. En tres niños se desconoce este dato. De los tres niños con becegitis, una recibió dicloxacilina por presentar adenopatías axilares hiperémicas, fluctuantes y con aumento de la temperatura.

Los niños con quiste tirogloso, absceso bacteriano, fístula branquial y quiste dermoide recibieron algún tipo de tratamiento quirúrgico. Se manejaron en el Servicio de Oncología los pacientes con linfoma de Hodgkin y tumor maligno de parótida; en Hematología el niño con histiocitosis X y en Endocrinología el que tuvo nódulo tiroideo.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio, el grupo etario más afectado fue el de de preescolares. Schmitt (14) reportó que la mayor prevalencia de adenopatías es entre 4 y 8 años, poco comunes en los lactantes y en general palpables en el 80-90 por ciento de los niños y adultos.

Los ganglios linfáticos aumentados de tamaño se encuentran comúnmente en pediatría y la mayoría de los casos representa una respuesta transitoria a infecciones benignas. El hecho de que padecimientos que amenazan la vida también pueden presentarse con adenopatías, angustia a los padres y requiere de buen criterio por parte del médico (17).

El haber encontrado una mayor frecuencia de niños con linfadenopatía reactiva crónica, confirma que este es un hallazgo físico común de la infancia y representa una respuesta transitoria proliferativa ante alguna infección localizada (9, 10). El médico siempre debe buscar la infección en la zona drenada por el ganglio.

La adenitis bacteriana, que constituyó el segundo grupo, se localizó con mayor frecuencia en el cuello (20 de 26 casos). Cerca del 40-80 por ciento de los casos de adenitis cervical aguda unilateral se asocian con *S. aureus* o estreptococo beta hemolítico del grupo A (11,12). La mayoría de los niños son preescolares y se presentan con fiebre alta, sostenida. La penicilina es la droga de elección para tratar todos los casos sospechosos de adenitis piogénica, a menos que se sospeche que *Staphylococcus aureus* sea el organismo infectante (3, 14); con cefalexina se obtiene un 80 por ciento de respuesta clínica satisfactoria (2).

Si se encuentra un acúmulo purulento del ganglio (dos niños en nuestro estudio), el tratamiento debe ser quirúrgico (incisión y drenaje). La incisión se realiza en un pliegue cutáneo sobre el área de fluctuación, y con una porción de gasa (15) se mantienen abiertos los bordes de la herida para un drenaje adecuado.

No es sorprendente que el tercer grupo en frecuencia fuera linfadenitis toxoplásmica, ya que en Costa Rica la prevalencia de esta parasitosis es alta (5) y la forma linfopática es la más común

en el hombre (13). Si se presenta únicamente una linfadenopatía, por lo general no requiere de quimioterapia. Si existen otras manifestaciones clínicas, el tratamiento debe administrarse como en el caso de la toxoplasmosis aguda utilizando la combinación de pirimetamina, ácido fólico y trisulfapirimidinas (5).

El crecimiento de los ganglios linfáticos regionales (con o sin supuración) es una secuela bien conocida de la vacunación con B.C.G. en los países que se usa más extensamente (4). Es clave para el diagnóstico, la aparición de una masa localizada en la axila derecha de un niño que recibió 4 o más semanas ante una dosis de B.C.G.

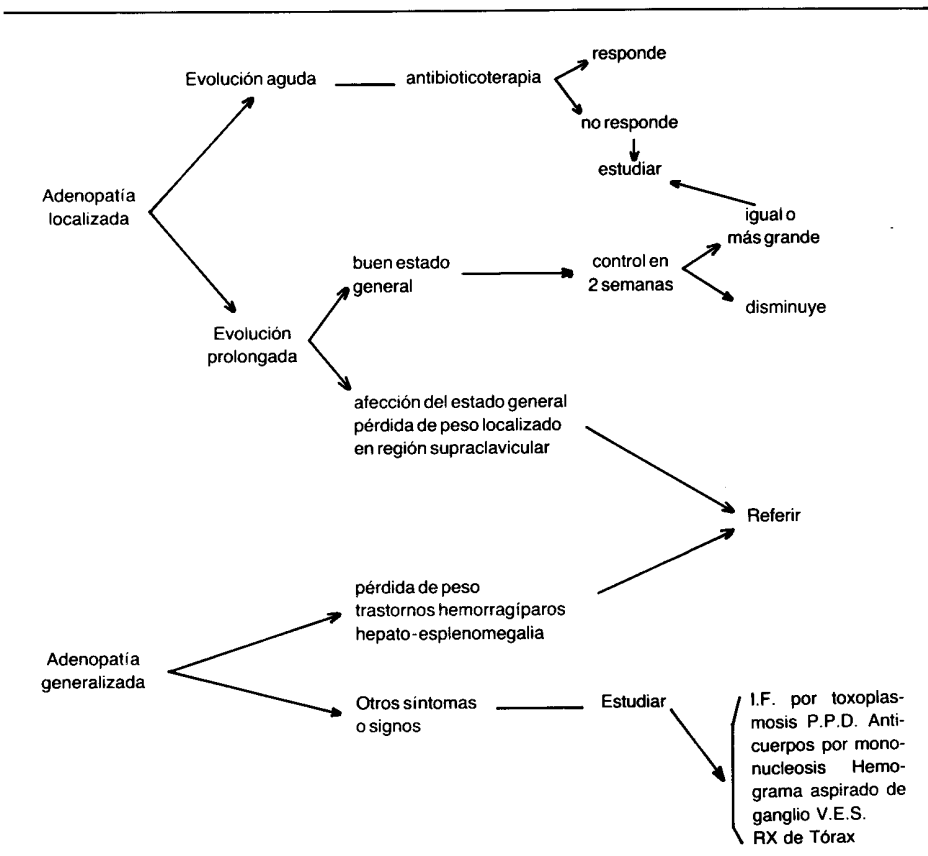
El porcentaje de niños con patología grave es bajo (3%): linfoma de Hodgkin, histiocitosis X, adenitis tuberculosa y tumor mixto de la parótida.

El resto de los diagnósticos son posibles de hacer en las clínicas y hospitales periféricos, facilitando así la atención del niño enfermo. En la Figura 1 esquematizamos el manejo sugerido de los niños con adenopatías. Primero se debe clasificar el problema en generalizado o localizado y de ahí seguir las diferentes indicaciones. Las flechas ayudan a comprender el algoritmo y facilitan la toma de decisiones.

Siete datos de buen pronóstico en un niño con adenomegalias son: un buen estado general, una curva de peso satisfactoria, una evolución aguda, la adenomegalia dolorosa, los antecedentes de haber aumentado y disminuido de tamaño, una ausencia de hepato o esplenomegalia y la falta de fenómenos hemorrágiparos. Ellos permiten mantener una conducta de "simple observación" en aquellos que

FIGURA 1

ALGORITMO PARA EL MANEJO DE NIÑOS CON ADENOMEGALIAS



no tengamos un diagnóstico claro. Sin embargo, conviene finalizar con el comentario de Gellis acerca de su experiencia en casos de duda:

“Uno se siente un poco seguro de que el ganglio representa una hiperplasia reactiva benigna secundaria a una infección faríngea previa, pero la glándula se resiste a volver a su tamaño apropiado. Sabe que debería dejarla sola, pero a su vez le preocupa, y por lo tanto cita al niño una y otra vez de manera que pueda palparla, medirla y preocuparse. Mientras tanto coloca a los padres en una suerte de broma, ya que no son estúpidos y saben por qué se mantiene palpándolo y preocupándose. Si en los siguientes dos meses este no comienza a disminuir de tamaño, probablemente será de beneficio para todos biopsiarlo o removerlo, y de esta manera evitar molestias al niño. La familia está aliviada, uno dejará de preocuparse ya corto plazo el paciente terminará con diagnóstico de hiperplasia reactiva...”(6).

ABSTRACT

The Clinical files of 134 children who were seen at the Diagnostic Center at Hospital Nacional de Niños in San José, Costa Rica from January 10, 1984, to January 9, 1985, were reviewed. All were referred because of adenopathies. The frequency was slightly superior in males than in females, but this was not statistically significant. Most children were younger than 7 years of age. More than a half had subacute chronic adenitis attributed to regional diseases: chronic tonsillitis, chronic otitis media, diseases of the skin, and others. Acute adenitis was found as the second more frequent diagnosis and adenopathy secondary to toxoplasmosis as the third one. Less frequent were: B.C.G. itis, thyroglossal cyst and abscess formation.

Most children did not have generalized lymphadenopathy nor did they received any treatment. An algorithm for the management of children with adenopathies is included.

AGRADECIMIENTO

A la señorita Mariela Bustamante por el análisis estadístico; a la señora Rosario Blanco y a la señorita Ruth Carazo por el trabajo mecanográfico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anónimo. Diccionario terminológico de Ciencias Médicas 8va. ed Salvat, Barcelona. 1963; 23.
2. Barton, L.L. y Feigin, R.D. Childhood cervical lymphadenitis: A reappraisal. *J. Pediatr.* 1974; 84:846-852.
3. Brook, I. Aerobic and Anaerobic Bacteriology of Cervical Adenitis in Children. *Clin. Pediatric.* 1980; 19:693-696.
4. Chaves-Carballo, E. y Sánchez, G.A. Regional Lymphadenitis Following BCG Vaccination (BCG itis). Clinical Comment Based Upon 25 Instances Among 1295 Childhood Vaccines. *Clin. Pediatr.* 1972; 11:693-697.
5. Frenkel, J.K. y Ruiz, A. Toxoplasmosis humana. Una revisión. *Acta Méd. Costar.* 1973; 16:5-73.
6. Gellis, S.S. (ed.) When should an enlarged lymph node be biopsied? *Pediatr. Notes* 1982; 6:78-79
7. Herzog, L.W. Prevalence of Lymphadenopathy of the Head and Neck in infants and Children. *Clin. Pediatr.* 1983;22:485-487.
8. Jefatura de Consulta Externa-Hospital Nacional de Niños. "Centro Diagnóstico", hojas mimeografiadas. 1984.
9. Lake, A.M. y Oski, F.A. Peripheral Lymphadenopathy in Childhood. Ten Year Experience With Excisional Biopsy. *Am. J. Dis. Child.* 1978;132:357-359.
10. Lobo, J.F. y Garcia, I. Adenopatías en el cuello del niño. *Rev. Méd. Hosp. Nal. Niños* 1978;13:127-136.
11. Marcy, S.M. Cervical Adenitis. *Pediatr. Infect. Dis.* 1985;4 (supplement): 23-26.
12. Marcy, S.M. Infections of lymph nodes of the head and neck. *Pediatr. Infect. Dis.* 1983; 2:397-405.
13. Rafaty, F.M. Cervical Adenopathy Secondary to Toxoplasmosis. *Arch. Otolaryngol* 1977;103:547-549.
14. Schmitt, B.D. Cervical adenopathy in children. *Postgrad. Med.* 1976; 60:251-255.
15. Wrigh, N.L. Cervical infections. *Am. J. Surg.* 1967;113:379-386.
16. Zitelli, B.J. Neck masses in children: adenopathy and malignant disease. *Pediatr. Clinic.* N.A. 1981; 28:813-821.
17. Zuelzer, W.W. y Kaplan, J. The child with Lymphadenopathy. *Semin. Hematol.*, 1975; 12:323-334.