



Nota clínica

No todo son adenopatías

Esther Vaquero Sosa^a, Almudena Garrido Vicente^b, Inmaculada López Escobar^a

^aPediatra. CS Meco. Madrid. España • ^bMédico de Familia. CS Meco. Madrid. España

Publicado en Internet:
19-marzo-2019

Esther Vaquero Sosa:
estvaqsos@yahoo.es

Palabras clave:

- Adenopatías
- Ecografía
- Masas cervicales

Resumen

Las tumoraciones cervicales son habituales en niños. Lo más frecuente es que se trate de adenopatías secundarias a infecciones, virales o bacterianas. No obstante, es conveniente tener en cuenta otras causas de adenopatías y la existencia de otros procesos que pueden confundirse con ellas. La exploración mediante ecografía es la técnica de elección para diferenciar la lesión y determinar sus características. Presentamos el caso clínico de una paciente con adenopatías cervicales, a la que se diagnosticó una masa congénita con ecografía en Atención Primaria.

Not everything is an adenopathy

Key words:

- Adenopathies
- Neck masses
- Ultrasonography

Abstract

Cervical masses are frequent in children. Most often they are lymphadenopathies secondaries to infection, viral or bacterial. However, we should think in other causes of adenopathy and other processes that may be confused with them. Ultrasound examination is the technique of choice to differentiate the lesion and determine its characteristics. We present a patient with cervical adenopathies, who was diagnosed a congenital mass with ultrasound in Primary Care.

INTRODUCCIÓN

Las tumoraciones cervicales son un motivo frecuente de consulta en Pediatría de Atención Primaria, ya que generan bastante inquietud en los padres ante la posibilidad de un proceso maligno. En la mayoría de los casos se trata de adenopatías cuya causa más habitual son las infecciones, virales o bacterianas, y suelen resolverse espontáneamente o con tratamiento antibiótico¹. No obstante, no debemos olvidar que existen otros procesos que pueden confundirse con adenopatías tales como parotiditis,

malformaciones congénitas, nódulos tiroideos. La exploración con ecografía permite una aproximación diagnóstica rápida e inocua, pudiendo diferenciar el tipo de lesión y determinar las características de esta (ubicación, tamaño, forma, contenido interno y vascularización)².

CASO CLÍNICO

Niña de 11 años traída a consulta de Atención Primaria por dolor de garganta y astenia de varios

Cómo citar este artículo: Vaquero Sosa E, Garrido Vicente A, López Escobar I. No todo son adenopatías. Rev Pediatr Aten Primaria. 2019;21:49-52.

días de evolución, sin fiebre ni otros síntomas asociados. No referían antecedentes personales patológicos. En la exploración física destacaba la presencia de adenopatías menores de 1,5 cm, blandas y no adheridas, en la región submandibular, y otras, de menor tamaño, en la región cervical baja y a nivel inguinal. No se palpaba hepatoesplenomegalia ni se detectaron otros hallazgos de interés. Se solicitó una analítica sanguínea, sin encontrar alteraciones, y serologías para citomegalovirus, Epstein-Barr y toxoplasma, que fueron negativas.

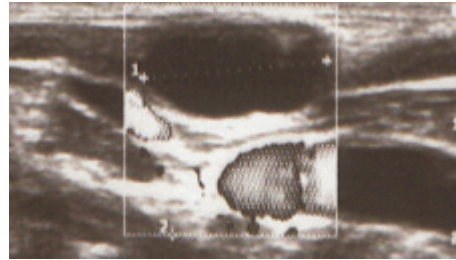
Un mes después volvieron a consulta refiriendo hiporexia y aparición de más adenopatías, una de ellas en la región anterolateral baja del cuello, de consistencia gomosa y dolorosa al tacto. Se repitió la analítica con serologías (sin alteraciones) y se solicitó Mantoux (0 mm de induración). También se realizó una ecografía en la que se observaron múltiples adenopatías (imágenes ovaladas, menores de 1 cm, con hilio central y bordes bien definidos), y en el tercio distal del esternocleidomastoideo una imagen anecogénica ovalada de bordes bien definidos sin flujo con Doppler (Fig. 1).

Con la sospecha de quiste branquial, se remitió a Cirugía Pediátrica, dónde se volvió a solicitar una ecografía cervical en Radiología, confirmándose la presencia de dicha lesión quística (8,3 × 10 × 18 mm, ejes AP × T × CC) en el espesor del esternocleidomastoideo derecho, que podría corresponder a un quiste del segundo arco branquial atípico, sin poder descartar malformación vascular de bajo flujo tipo linfática macroquística unilocular (Fig. 2). En el momento actual, la paciente está pendiente de completar el estudio para filiar el tipo de malformación congénita cervical.

DISCUSIÓN

En la infancia es habitual el aumento de tamaño de los ganglios linfáticos, por la hiperplasia del tejido linfoide, con una respuesta aumentada a estímulos antigénicos y una mayor frecuencia de infecciones. Aunque habitualmente se trata de procesos benignos y autolimitados, es conveniente

Figura 1. Ecografía en la que se observan múltiples adenopatías (imágenes ovaladas, menores de 1 cm, con hilio central y bordes bien definidos), y en el tercio distal del esternocleidomastoideo una imagen anecogénica ovalada, de bordes bien definidos, sin flujo con Doppler



tener en cuenta otras causas menos frecuentes de adenopatías (Tabla 1) y también considerar otros procesos con los que establecer el diagnóstico diferencial³.

La región cervical está formada por estructuras vasculares, musculares, nerviosas y linfáticas. Una masa cervical puede depender de cualquiera de estas estructuras, pero en un alto porcentaje de ocasiones serán patologías de los ganglios linfáticos de diferente origen⁴. Para poder establecer el diagnóstico diferencial, es esencial realizar una adecuada historia clínica a través de una anamnesis exhaustiva en la que debe tenerse en cuenta la edad del niño, el tiempo de evolución y lateralidad,

Figura 2. Ecografía Doppler que confirma la presencia de una lesión quística en el espesor del esternocleidomastoideo derecho, que podría corresponder a un quiste del segundo arco branquial atípico, sin poder descartar malformación vascular de bajo flujo tipo linfática macroquística unilocular

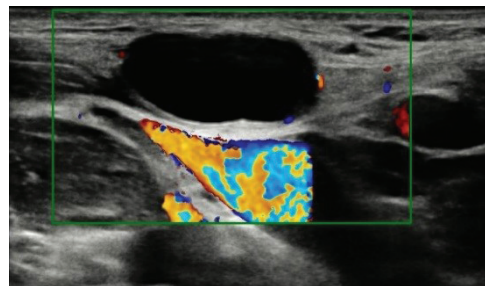


Tabla 1. Tipos y causas de adenopatías cervicales en la infancia

Infeciosas	No infecciosas
Aguda bilateral: virus de Epstein-Barr, rinovirus, citomegalovirus, herpes simple, adenovirus, enterovirus, <i>Mycoplasma pneumoniae</i> , estreptococo del grupo A, <i>Arcanobacterium</i> , influenza, sarampión, rubeola	Neoplasias: leucemias, linfomas, neuroblastoma, rabdomiosarcoma, cáncer de tiroides, metástasis de tumores sólidos
Aguda unilateral: estafilococo dorado, estreptococo del grupo A, anaerobios, tularemia	Enfermedades autoinmunes: artritis juvenil idiopática, lupus eritematoso sistémico
Crónica unilateral: micobacterias atípicas, enfermedad por arañazo de gato	Fármacos: fenitoína, carbamazepina
Crónica bilateral: virus de Epstein-Barr, citomegalovirus, toxoplasmosis, virus de la inmunodeficiencia humana, tuberculosis, brucelosis, sífilis	Miscelánea: enfermedad de Kawasaki, PFAPA, enfermedad de Kikuchi, histiocitosis de células de Langerhans, síndromes hemofagocíticos, sarcoidosis, enfermedad de Castleman, enfermedad de Kimura, posvacunación

PFAPA: síndrome de fiebre periódica, estomatitis aftosa, faringitis y adenitis cervical.

la localización y la presencia de síntomas asociados; y una exploración física detallada, incluyendo un examen otorrinolaringológico lo más completo posible. En general, los ganglios secundarios a infección viral suelen ser blandos, bilaterales y no adheridos, mientras que los de origen bacteriano pueden ser uni- o bilaterales, dolorosos y con signos inflamatorios. Las adenopatías asociadas a procesos malignos suelen ser de consistencia aumentada, adheridas a planos profundos e indoloras, y suelen acompañarse de síntomas generales y alteraciones analíticas. En cuanto a su localización a nivel cervical, son muy frecuentes los ganglios a nivel submandibular y laterocervical, frecuentes a nivel preauricular y retroauricular, y nos deben hacer sospechar malignidad si se localizan a nivel supraclavicular⁵.

A la hora de establecer el diagnóstico diferencial, la localización de una tumoración en la línea media ayuda a distinguir los quistes del conducto tirogloso, los quistes epidérmicos y los lipomas de la adenitis cervical³. Los dos últimos no se desplazan al tragar, a diferencia del quiste del conducto tirogloso, que sí lo hace. En casos de afectación parotídea se borra el ángulo mandibular, mientras que con las adenopatías esto no sucede. Las masas laterales del cuello incluyen el quiste de arco branquial, el laringocele, el linfangioma y el hemangioma. Los

higromas quísticos presentan transluminación positiva y los quistes del arco branquial pueden asociar hoyuelos o depresiones en la piel suprayacente⁶. Estos últimos son palpables en la porción superior del cuello, anterior al músculo esternocleidomastoideo, los más frecuentes (95%) son aquellos que se originan en el segundo arco branquial⁷. Los laringoceles son protuberancias de la mucosa en el área del ventrículo laríngeo, que con el aumento de la presión intralaríngea se llenan de aire. En ocasiones pueden confundirse con la flebectasia de la vena yugular, que también se presenta como una masa supraclavicular o próxima al esternocleidomastoideo que aumenta con los esfuerzos³.

La prueba de imagen de elección es la ecografía, mediante la cual se obtiene suficiente información para establecer un diagnóstico diferencial definitivo y visualizar las características de la adenopatía o masa cervical⁸. Como en el caso presentado, el uso de dicha técnica en Atención Primaria permite establecer una orientación diagnóstica más cierta y un adecuado manejo de los pacientes con tumoraciones cervicales.

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bozlak S, Varkal MA, Yildiz I, Toprak S, Karaman S, Erol OB, et al. Cervical lymphadenopathies in children: a prospective clinical cohort study. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2016;82:81-7.
2. Bansal AG, Oudsema R, Masseaux JA, Rosenberg HK. US of pediatric superficial masses of the head and neck. *Radiographics*. 2018;28:1239-63.
3. Healy CM. Cervical lymphadenitis in children: etiology and clinical manifestations. En: *UpToDate* [en línea] [consultado el 12/03/2019]. Disponible en www.uptodate.com/contents/cervical-lymphadenitis-in-children-etiology-and-clinical-manifestations
4. Maltrana García JA, El Uali Abeida M, Miguel García F. Estrategia para el diagnóstico de las masas cervicofaciales. Metástasis de origen desconocido. En: Libro virtual de formación en ORL. Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello [en línea] [consultado el 12/03/2019]. Disponible en <https://bit.ly/2F5KO0f>
5. Beléndez Bieler C, Pérez-Moreno J, Saavedra Lozano J. Adenomegalias. Adenitis cervical. *An Pediatr Contin*. 2012;10:313-23.
6. Martínez Chamorro MJ, Albañil Ballesteros R, Cocho Gómez P. Adenopatías cervicales. Adenitis. En: *Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria* [en línea] [consultado el 12/03/2019]. Disponible en <http://algoritmos.aepap.org/algoritmo/25/adenopatias-cervicales-adenitis>
7. Rosa PA, Hirsch DL, Dierks EJ. Congenital neck masses. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 2008;20:339-52.
8. Rozovsky K, Hiller N, Koplewitz BZ, Simanovsky N. Does CT have an additional diagnostic value over ultrasound in the evaluation of acute inflammatory neck masses in children? *Eur Radiol*. 2010;20:484-90.