
Adolescente con masas axilares: caso clínico que ilustra una consulta de alta resolución en Pediatría de Atención Primaria

M. Fernández Pérez*, MM. López Benito**,
JA. Pérez Martín**, E. Barrientos García***

*Pediatra. CS de La Felguera. Asturias.

**Pediatras. CS de Contrueces. Asturias.

***Enfermera de la consulta de Pediatría del CS de La Felguera. Asturias.

Rev Pediatr Aten Primaria 2003; 5 (17): 61-67

Resumen

Presentamos un caso de masas axilares en una adolescente de 12 años. El diagnóstico se realizó empleando un proceso resolutivo muy eficiente desde la consulta del pediatra de Atención Primaria.

Se discuten los pormenores del caso y la metodología del proceso, que puede servir de ejemplo para promover actuaciones más resolutivas y que redunden en la mejora de la calidad asistencial en nuestros pacientes.

Palabras clave: Masas, Linfadenopatía, Alta Resolución, Atención Primaria, Pediatría.

Abstract

We present the case of a 12 years old girl. The diagnosis was achieved using a very efficient resolution process from the Primary Care pediatrician's office.

The case and the process methodology are discussed. It can be an example to promote more resolute actions that could bring a better assistance quality in our patients.

Key words: Masses, Lymphadenopathy, One-stop, Primary Health Care, Pediatric.

Caso clínico

Nuestra paciente, de 12 años, acudió a consulta en febrero de 2002 por presentar desde aproximadamente el verano anterior "bultos" en ambas axilas,

apenas molestos, pero que cada vez se hacían más evidentes.

Anamnesis

Revisamos su historial clínico y no

apreciamos nada relevante en el pasado. Le gustan mucho los animales y tiene gatos en su casa. Carece de antecedentes personales de interés, se encuentra vacunada correctamente y no refiere ingesta de fármacos. En los antecedentes familiares destaca la existencia de Linfoma no Hodgkin (LNH) en la madre, actualmente en remisión.

Examen físico

Pesa 55 kg (P90), mide 157,5 cm (P75), su desarrollo madurativo según los estadios de Tanner es S3-P3, tiene estrías cutáneas en nalgas, muslos y mamas.

En la axila izquierda se aprecia tumoración superficial y a la palpación se constata que dicha tumoración es de aproximadamente 2-3 cm de diámetro, aparentemente adherida a plano profundo y sin apreciar adenopatías satélites. En la axila derecha también se constata a la palpación otra tumoración, aproximadamente inferior a 1 cm de diámetro, de iguales características que la del lado izquierdo. No se aprecian adenopatías supraclaviculares ni cervicales ni inguinales.

No se aprecian masas mamarias ni visceromegalias. El restante examen por aparatos es normal.

Impresión diagnóstica

La primera impresión es de masas axilares, probablemente adenopatías, en el curso de un proceso clínico que no ha afectado el estado general y que es poco llamativo.

Actitud inicial

La primera actuación que llevamos a cabo es la práctica de una ecografía con carácter preferente, así que 12 días después llega por correo el informe del ecografista: "Nódulos sólidos en ambas axilas, en la izquierda mide 4,5 cm de diámetro máximo y 1,4 en la derecha. Son nódulos sólidos compatibles con adenopatías".

Desde este momento informamos a la paciente y a su madre, estableciendo la necesidad de estudios complementarios con el fin de precisar la etiología de sus adenopatías.

Estudios complementarios

Basándonos en la revisión de la literatura y según el diagnóstico diferencial que dicha entidad plantea fueron precisos los estudios que a continuación detallaremos. Lógicamente el paso más determinante lo constituía la punción-aspiración con aguja fina (PAAF) y el estudio citológico posterior. Con el fin de facilitar la resolución del proceso se pla-

nificó para el día siguiente o día 0 del estudio las actuaciones siguientes:

- Toma de muestras biológicas sanguíneas para hemograma, VSG, estudio de coagulación, bioquímica básica y serología para toxoplasma, CMV, VEB y Rochalimae Hensel.
- RX tórax.
- Mantoux a las 72 horas.
- PAAF y toma de muestra para estudio citológico y cultivo.

Las muestras de sangre fueron recogidas a las 8 de la mañana en nuestra consulta por la enfermera, acto seguido se puso la tuberculina para el Mantoux, a las 9 se le realizó la PAAF en el servicio de Anatomía Patológica (notificándonos acto seguido vía telefónica contenido purulento), posteriormente realizaron la RX tórax, cuyo informe y Rx nos aportó la familia en mano. A las 14 horas y tras haber pedido los informes por fax a los servicios de hematología y bioquímica, todos ellos dentro de la normalidad, junto con RX tórax que descartaba adenopatías mediastínicas, y a falta de la serología y cultivo/citología de la adenopatía, se estableció el diagnóstico.

Diagnóstico

Probable adenitis axilar supurativa, sin tener dato alguno que hiciera pensar en

malignidad (recordar los antecedentes familiares de LNH).

Tratamiento

Amoxicilina (con clavulánico) a 40 mg/kg/día durante 10 días.

Pruebas pendientes

Al tercer día el Mantoux era 0 mm, al 5º día recibimos el informe citológico "PAAF de adenopatía axilar: negativa para células malignas; proceso inflamatorio abscesificado, pendiente de estudio bacteriológico y BK", al cabo de 12 días tuvimos todos los informes serológicos, que resultaron negativos. El cultivo de micobacterias fue negativo.

Evolución

Por esos días la paciente había concluido el tratamiento antibiótico instaurado y persistía la adenitis, por lo que con el diagnóstico anterior y a fin de valorar un posible tratamiento quirúrgico, la adolescente fue derivada con carácter preferente al servicio de Cirugía Infantil (CIRP) de referencia.

La primera consulta para CIRP (tramitada con carácter preferente) y habiendo aportado toda la documentación de las pruebas y actuaciones realizadas a la familia se llevó a cabo después de dos semanas, siendo la impresión de CIRP

de "observación" y derivación a la consulta de enfermedades infecciosas de pediatría del hospital (CEIP), donde se repitió la analítica completa que habíamos realizado el día 0.

La paciente había comenzado un itinerario intrahospitalario por las consultas externas (CIRP + CEIP) cada 15 días, que le llevaría a un nuevo intento terapéutico con el mismo antibiótico a la misma dosis que ya había recibido mes y medio antes. Durante el período de "observación" y mientras recibía nuevamente la antibioterapia citada se produjo, días antes del ingreso programado para cirugía, la supuración espontánea, acudiendo de urgencia a CIRP, siendo drenado el absceso y remitida a la consulta de Atención Primaria (AP) para las curas diarias. Al persistir la evolución supurativa varias semanas (hasta su curación) se realizó un nuevo intento terapéutico desde la CEIP, que consistió en la administración empírica de Rifampicina ante la hipotética etiología de micobacterias. La paciente curó al cabo de varios meses, de manera espontánea, acudía semanalmente o con menor frecuencia a consulta de AP con la enfermera y ésta en un momento dado (aproximadamente después de 3 meses y medio) estableció un cambio en el tratamiento del drenaje recomendado ini-

cialmente (povidona yodada sola y luego más nitrofurazona 0,2%), aplicando hidrofibra de hidrocoloide, que aparentemente facilitó la rápida curación definitiva a la semana siguiente (4º mes).

Discusión

El procedimiento a seguir ante la sospecha de adenitis está bien documentado en la literatura científica¹⁻⁶ existiendo amplias series que nos recuerdan las etiologías más frecuentes y su diagnóstico diferencial, tanto en las formas generalizadas como localizadas.

Sin duda la primera pregunta que nos hicimos fue si se trataba de un proceso benigno o era por el contrario maligno; clínicamente se comportaba como benigno, si bien pesaron los antecedentes de LNH, que aportaban un aura de angustia en una madre que recientemente había pasado por dicha experiencia. También se consideró en un primer momento la ausencia de adenopatías en otras localizaciones, tratándose por tanto de una adenitis axilar aislada. Es importante esta consideración por cuanto este término (adenitis o linfadenitis) implica de por sí benignidad, al tratarse de una infiltración de células inflamatorias en respuesta a infección localizada en el mismo ganglio.

Dado que existían antecedentes de contacto con gatos, se incluyó el estu-

dio específico de *Rochalimae Hensel*⁷. Ante la eventualidad de que precisase procedimientos quirúrgicos también se realizó el estudio de coagulación aprovechando la extracción inicial.

Sin duda la PAAF fue determinante^{8,9} desde el primer día ya que orientó el diagnóstico y con ello el tratamiento inicial con antibiótico ante la probable etiología infecciosa bacteriana.

Que duda cabe que las mejores evidencias de los procedimientos ante este caso nos podrían haber llevado por otros caminos o pruebas en uno o varios momentos, pero también es cierto que es la aplicación práctica al contexto concreto lo que permite que esas evidencias sean realmente eficientes. Así enfocamos nuestro caso, realizando actuaciones dirigidas al diagnóstico que no siempre siguen el orden exacto al que reflejan los protocolos o las guías.

La evolución que siguió tras el tratamiento inicial era predecible, aún más cuando no se realizó intervención alguna de exéresis o drenaje por CIRP, de manera que espontáneamente acabó supurando, con la consiguiente curación espontánea por segunda intención. En estas situaciones no está claro si tras una primera tanda de antibiótico una segunda tanda es alternativa válida o lo es el drenaje o la observación^{3,10,11}.

En cuanto al proceso llevado a cabo bajo la perspectiva de alta resolución referimos al lector al trabajo que publicamos en este número de la revista. En este caso concreto se obtuvo la resolución diagnóstica en un solo día, si consideramos que en el mismo día dispusimos de la mayoría de las pruebas y especialmente del informe provisional de la PAAF, si bien el total de pruebas serológicas no se obtuvo, al ser un procedimiento estandarizado, hasta el 12º día. Si contamos desde que acudió a consulta y se solicitó la ecografía podemos sumar otros doce días (estudio completo de masas axilares: 12 + 12 días; estudio completo de adenitis axilar: entre 1 y 12 días).

Estos procedimientos actualmente se realizan con éxito^{12,13,14} en el contexto del estudio de bultos y masas de modo ambulatorio en consultas de alta resolución.

Las demoras en las citas a consultas externas hospitalarias son habituales, aún adjuntando el sello de "preferente", como sucedió en nuestro caso, en que la primera consulta con CIRP se realizó tras dos semanas del diagnóstico. Toda la información clínica se acompañó documentalmente y en fotocopias para evitar su duplicación, aún así se inició un circuito cerrado de consulta des-

de CIRP a CEIP cada 15 días, se duplicó la analítica que ya aportaba y se realizaron 2 nuevos intentos terapéuticos con antibióticos.

El total del proceso en AE, contado desde que se solicitó la primera consulta hasta que fue alta duró 4 meses. En ningún momento se nos remitió informe directamente, solo pudimos conocer las actuaciones realizadas por informes parciales entregados a la familia y tampoco obtuvimos informe del alta.

Comentario final

Meses después y una vez finalizado todo el proceso hemos vuelto a ver a la paciente (Navidades de 2002), se encuentra bien y su madre sigue en remi-

són de su LNH. Parece que le ha cogido cariño a la medicina (entre lo que tiene su madre y esta experiencia) y se plantea ser pediatra, si así fuera podríamos ya hoy mismo ponerla como coautora, ya que ella fue la verdadera protagonista, a la vez que le hemos recordado que si llega a ser pediatra tenga en cuenta que siempre que se encuentre ante un caso similar sea ágil con su paciente, que sea resolutive y que no se olvide que en ocasiones es la correcta anamnesis lo que más aporta al diagnóstico, de ahí que se tenga siempre presente, ante un caso similar, preguntar si el vello axilar incipiente se lo afeitaba con maquinillas o si sudaba mucho y le salían pequeños bultitos axilares en esas situaciones.

Ver en este número:
– “Consultas de alta resolución desde la Pediatría de Atención Primaria: una apuesta por la calidad asistencial” (M. Fernández Pérez y cols.) en página 133.

Bibliografía

1. Cruz M et al. *Diagnóstico diferencial de las adenopatías*. En: Cruz M. *Tratado de Pediatría*. (7ª ed). Barcelona: Espasa SA. 1994; 1556-63.
2. Putnam TC. *Bultos y masas en niños*. *Pediatr Rev*, 1992; 13: 372-8.
3. Ferris i Tortajada J, García i Castell J, Barberá Domingo MP y cols. *Semiología de las adenopatías en pediatría*. *Rev Esp Pediatr* 1998; 54: 277-87.
4. Redondo MJ, Álvarez Guisasola FJ, Blanco Quirós A, et al. *Evaluación diagnóstica de las adenopatías cervicales*. *An Esp Pediatr* 1992; 37: 233-7.
5. Karadeniz C, Oguz A, Ezer U, Ozturk G, Dursun A. *The etiology of peripheral lymphadenopathy in children*. *Pediatr Hematol Oncol*. 1999; 16: 525-31.
6. Soldes. *Predictors of malignancy in childhood peripheral lymphadenopathy*. *J Pediatr Surg* 1999; 34: 1447-52.
7. Centers Control Diseases. *Cat-Scratch Disease in Children*. Centers Control Diseases 2002; 51: 212-4 [En línea]. URL disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5110a4.htm>
8. Wakely PE, Kardos TF, Frable WJ. *Application of fine needle aspiration biopsy to pediatrics*. *Hum Pathol* 1988; 19: 1383-6.
9. Buchino JJ, Jones VF. *Fine needle aspiration in the evaluation of children with lymphadenopathy*. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1994; 148: 1327-30.
10. Gorenstein A, Smomekh E. *Suppurative lymphadenitis: treatment by needle aspirations*. *Pediatr Infect Dis J* 1994; 13: 669-71.
11. Knight PJ, Mulne AF, Vassy LE. *When is lymph node biopsy indicated in children with enlarged peripheral nodes?* *Pediatrics* 1982; 69: 391-6.
12. Davies C, Grimshaw G, Kendall M, Szczepura A, Griffin C, Toescu V. *Quality of diagnosis services for cancer: a comparison of open access and conventional outpatient clinics*. *Int J Health Care Qual Azur Inc Leadersh Health Ser* 1999; 12: 87-91.
13. Sanges G, Astuto M, Sentina P, Morinello E, Di Benedetto A. *One stop surgery in pediatric surgery*. Preliminary report. *Pediatr Med Chir* 2002; 24: 289-92.
14. Vowles RH, Ghiacy S, Jefferis AF. *A clinic for the rapid processing of patients with neck masses*. *Laryngol Otol* 1998; 112: 1061-4.