

# ADENOPATÍAS

**Autores:**

Gloria Inmaculada Mestre Reoyo.

Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

José Manuel Jimenez-Hoyuela García.

Servicio de Medicina Nuclear Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

Andrés Buforn Galiana.

Servicio de Urgencias Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

**Contacto:**

Gloria Inmaculada Mestre Reoyo

Servicio de Urgencias.

Hospital Universitario Virgen de la Victoria

Campus Universitario de Teatinos s/n

29010 - Málaga

Tfno: 952649400

## **INDICE**

- I. DEFINICIÓN
- II. ETIOLOGÍA
- III. CLINICA
- IV. DIAGNOSTICO
- V. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
  - V.1 Inflamatorios
    - A/ Agudos
    - B/ Subagudos. Crónicos
  - V.2. No inflamatorios. Neoplásicos
- VI. TRATAMIENTO

## **I. DEFINICIÓN**

El sistema linfático está constituido por la linfa, los conductos linfáticos y diversos órganos, entre los que figuran los ganglios linfáticos. Estos suelen estar agrupados y son muy numerosos. Los ganglios superficiales están alojados en el tejido conjuntivo subcutáneo, mientras que los más profundos se encuentran junto a las fascias de los músculos y en el interior de las diversas cavidades corporales. Las adenopatías, linfadenomegalias o linfadenopatías son el aumento de tamaño o la alteración de la consistencia de los ganglios linfáticos. Su tamaño normal es menor de 1 cm, a excepción de los ganglios inguinales en los que el límite se sitúa en 2 cm. En cualquier otra localización corporal se pueden palpar ganglios más pequeños de 0,5 cm que corresponden a infecciones antiguas. El crecimiento de los ganglios linfáticos puede ser debido a: incremento en el número de macrófagos y linfocitos benignos durante la respuesta a los antígenos, infiltración por células inflamatorias en las infecciones que afectan a los ganglios, proliferación in situ de macrófagos o linfocitos malignos, infiltración por células malignas neoplásicas, o infiltración por macrófagos cargados de metabolitos en las enfermedades por depósito de lípidos.<sup>1,2</sup>

## **II. ETIOLOGÍA (Tabla 1)**

## **III. CLÍNICA**

Como norma general, el aumento de tamaño de los ganglios linfáticos requiere estudio cuando aparecen uno o más nuevos ganglios de diámetro igual o superior a 1 cm, sin una causa previa conocida.<sup>3</sup> En la valoración clínica de la adenopatía hay que tener en cuenta muchos factores como la naturaleza exacta de la tumoración que se palpa, tamaño de la adenopatía, edad y sexo del paciente, características físicas de la adenopatía, intervalo entre la aparición de la adenopatía y la consulta al médico, y la localización, que no por ser la última es la menos importante.

III.1 Naturaleza de la tumoración: La simple aparición de una tumoración superficial no es suficiente para asegurar que la misma corresponde a una adenopatía, muy importante a tenerlo en cuenta en localizaciones cervicales e inguinales.

En la región cervical puede corresponder a hipertrofia de la glándula tiroides, quistes del conducto tirogloso, quistes branquiales o higromas quísticos, hipertrofia de la glándula salival parotídea o de las submandibulares, aneurismas, tumores del glomus carotídeo.

En la región axilar pueden parecer adenopatías desde hidrosadenitis hasta foliculitis.

En la región inguinal se suelen confundir con hernias de difícil reducción.<sup>1,4,5</sup>

III.2 Tamaño: No existe un tamaño a partir del cual se valore que una adenopatía es patológica, pero se acepta por lo general que a partir de 2 cm (en niños a partir de 1 cm), de consistencia dura, con un periodo de evolución de 3 semanas en adelante y para la cual no se ha hallado proceso de tipo inflamatorio o infeccioso que la cause, está requiriendo una valoración detallada etiológica. En las adenopatías que superan los 4 cm, el estudio debe ser urgente. No obstante, de las adenopatías de pequeño tamaño no hay que olvidarse, pues pueden ser el primer signo de un proceso maligno.

III.3 Características físicas: Las adenopatías de origen *infeccioso o inflamatorio* suelen ser dolorosas, de consistencia blanda, a veces fluctuantes, y la piel superficial suele estar caliente y eritematosa. Las adenopatías de origen *linfomatoso* suelen ser indoloras, de consistencia elástica y rodaderas. Las adenopatías de origen *neoplásico* suelen ser indoloras, de consistencia dura, se suelen encontrar adheridas a planos profundos, por lo que no son rodaderas. Las adenopatías pueden producir fistulas, siendo más frecuente en las de origen *tuberculoso*.<sup>1,5</sup>

III.4 Edad y sexo del paciente: En niños y adultos jóvenes son habituales las adenopatías debido a la mayor reactividad inmune. En adultos varones mayores de 50 años las adenopatías más frecuentes suelen ser de carácter *neoplásico*. En mujeres hay preponderancia de otros orígenes como *inflamatorio o inmunológico*.<sup>1,4</sup>

III.5 Contexto clínico en el que se encuentra la adenopatía: La presencia de síntomas generales del tipo de síndromes febriles, sudoración profusa, hiporexia, astenia, polimialgias, malestar general o de síntomas específicos de determinadas áreas como lesiones cutáneas, tos, disnea, ronquera, hinchazón de cara, cuello o brazos nos pueden orientar a la causa que está originando la adenopatía.<sup>3,4</sup>

III.6 Localización: Es muy útil para orientar el diagnóstico. Las adenopatías supraclaviculares, mediastínicas, abdominales, epitrocleares y poplíteas (en ausencia de lesión local en estas dos últimas) deben considerarse siempre patológicas.

A/ Las adenopatías generalizadas suelen ser debidas a procesos:

A.1/ *Infecciosos* (Víricos: rubeola, mononucleosis infecciosa, citomegalovirus...; Bacterianos; Tuberculosis; Micosis; Lúes; Toxoplasmosis - éstas suelen ser localizadas, sobre todo en región laterocervical-);

*A.2/ Enfermedades inmunológicas* (Lupus eritematoso diseminado, Artritis reumatoide, Dermatomiositis, Enfermedad del suero, Sarcoidosis, SIDA);

*A.3/ Enfermedades hematológicas malignas* (Linfoma de Hodgkin - donde lo más frecuente es que sean localizadas a nivel mediastínico o supraclavicular-; Linfoma no Hodgkin y Leucemia linfoide crónica- en éstas dos entidades lo más frecuente es que sean simétricas-; Linfoma linfoblástico de células T y Leucemia aguda linfoblástica de células T- donde suelen ser de tamaño grande y a nivel mediastínico-; Linfadenopatía angioinmunoblástica).

B/ Las adenopatías localizadas en un solo territorio periférico suelen indicar una lesión vecina, ya sea herida, excoriación, etc., pero también pueden ser la única manifestación de una neoplasia. Las diversas localizaciones son:

- Preauriculares: Infección de párpados y/o conjuntivas;
- Retroauriculares: Linfomas, infecciones del cuero cabelludo o rubeola;
- Submandibulares: Odontitis o faringitis;
- Yugulares o mandibulares unilaterales: Linfomas o tumor maligno no linfoide de cabeza y cuello;
- Yugulares o mandibulares bilaterales: Sarcoidosis, Lúes 2<sup>a</sup> o tularemia;
- Occipitales: Linfomas, infecciones de cuero cabelludo o rubeola;
- Supraclaviculares y/o escalénicas: Metástasis de tumores intratorácicos o digestivos ( supraclavicular izda o ganglio de Virchow que puede ser la única manifestación de una neoplasia abdominal);
- Axilares unilaterales: Neoplasia de mama que hasta ese momento había pasado inadvertida, linfoma, hidrosadenitis o foliculitis;
- Axilares bilaterales: Linfoma, enfermedad por arañazo de gato o brucelosis;
- Hiliares unilaterales: Metástasis de neoplasia de pulmón;
- Hiliares bilaterales: Sarcoidosis, tuberculosis o infecciones fúngicas sistémicas. La asociación de adenopatía hiliar bilateral con masa mediastínica anterior y derrame pleural es muy sugestivo de neoplasia;
- Mediastínicas bilaterales: linfoma de Hodgkin(sobre todo en su variante de esclerosis nodular);
- Epitrocleares unilaterales: Infecciones de mano o antebrazo;
- Epitrocleares bilaterales: Sarcoidosis, tularemia o lúes 2<sup>a</sup>;

- Inguinales unilaterales: Linfogramuloma venéreo, lúes o linfoma;
- Inguinales bilaterales: Enfermedades de transmisión sexual, linfoma o enfermedades neoplásicas;
- Femorales: Infección por *Pasteurella pestis* o linfoma;
- Retroperitoneales e intraabdominales: Tuberculosis, linfoma o enfermedades neoplásicas;
- Mesentéricas: Neoplasias o Tuberculosis (grandes nódulos aglomerados y calcificados).<sup>6,7</sup>

#### IV. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de las adenopatías debe comenzarse con una buena anamnesis, exploración física y estudio analítico, aunque a veces no es suficiente y haya que recurrir a otras pruebas complementarias como la biopsia.

IV.1 Anamnesis: Se debe considerar la edad como medio de orientación. Valoraremos también los antecedentes familiares, de gran ayuda para buscar etiología infecciosa (tuberculosis, rubeola, toxoplasmosis, ...), y los antecedentes personales (cirugía reciente, adicto a drogas parenterales, promiscuidad sexual, homosexualidad, inmunodepresión, toma de fármacos, profesión, ocupaciones habituales, contacto con animales o contactos infecciosos, viajes, etc).

También es muy importante considerar el contexto clínico en el que se da, si hay lesiones cutáneas infecciosas o síntomas generales, como ya se ha comentado en líneas anteriores. Muy importante es valorar el tiempo de evolución de la adenopatía, si es inferior a 15 días probablemente sea de origen infeccioso o enfermedad hematológica maligna, si es superior a 1 mes puede ser de origen tuberculoso o neoplásico. El hallazgo de signos inflamatorios y la localización nos pueden ser de gran ayuda para el diagnóstico.<sup>1,2,3,4,5</sup>

IV.2 Exploración física: Se deben explorar todas las regiones. Para la palpación de los ganglios superficiales se emplea la superficie palmar de los dedos segundo, tercero y cuarto con suavidad, detectando cualquier aumento de tamaño poco visible y observando su consistencia, movilidad, sensibilidad al tacto y calor. Si se trata de una

tumoración de gran tamaño se intenta aislar con los dedos pulgar e índice. Si son tumores más pequeños se intentan palpar apoyando la punta de los dedos sobre las estructuras profundas ganglionares-particularizando en el tamaño, localización, consistencia y movilidad en cada exploración-. En la exploración general se debe investigar la presencia de fiebre, síntomas B de los linfomas (fiebre inexplicable, sudoración nocturna y pérdida de peso superior al 10 %), hepatoesplenomegalia, prurito, lesiones cutáneas o exantema, signo de Hoster (los ganglios son dolorosos al ingerir alcohol), soplos cardíacos, signos de diátesis hemorrágica, signos de infección local en las áreas de drenaje y otros signos que puedan orientar hacia la etiología.<sup>4</sup>

En el cuello el borde anterior del esternocleidomastoideo constituye la línea divisoria de los triángulos anterior y posterior cervicales y sirve como punto de referencia útil para describir la localización. La inclinación de la cabeza del paciente hacia delante relaja los tejidos y mejora la accesibilidad. Para explorar los ganglios cervicales es útil situarse detrás del paciente sentado. (Es interesante palpar también el tiroides en la línea media y observar su desplazamiento al tragar el paciente). Se valorará especialmente el área otorrinolaringológica ante adenopatías de la región cervical. Se deben explorar siguiendo una secuencia:

- G. Occipitales;
- G. Retroauriculares superficiales sobre la apófisis mastoides;
- G. Preauriculares, situados inmediatamente por delante del pabellón auricular, comparando los de ambos lados;
- G. Parotídeos y retrofaríngeos ( amigdalares) del ángulo mandibular;
- G. Submaxilares situados a medio camino entre el ángulo y el vértice mandibular ( a veces es necesario la palpación bimanual con unos dedos localizados a nivel bucal y los otros externamente). Es muy frecuente confundir una glándula submaxilar con una adenopatía;
- G submentonianos en la línea media y por detrás del vértice de la mandíbula.
- A continuación palpamos desplazándonos hacia abajo a lo largo del cuello:
- G. Cervicales superficiales a lo largo del músculo esternocleidomastoideo;
- G. Cervicales posteriores a lo largo del borde anterior del trapecio;
- G. Cervicales profundos por debajo del esternocleidomastoideo, difíciles de explorar si se hace con mucha presión;

- G. Supraclaviculares, palpando profundamente en el ángulo formado por la clavícula y el músculo esternocleidomastoideo, la zona de los ganglios de Virchow. Son sede frecuente de metástasis a causa de su localización al final del conducto linfático torácico y otros conductos asociados. Es posible encontrar ganglios palpables a ambos lados del cuello porque los conductos colectores mediastínicos de los pulmones se dirigen hacia ambos lados.<sup>8,9,10</sup>

La palpación cervical debe completarse con una exploración general de localización ganglionar.

Para palpar los ganglios axilares se sujeta el antebrazo del paciente y se introduce la palma plana de la mano exploradora en el hueco axilar o, como alternativa, se deja que el antebrazo del paciente descansa en el de la mano que realiza la exploración, describiendo movimientos circulares con las puntas de los dedos y la palma, notando los ganglios axilares centrales -hacia la mitad de la pared torácica de la axila- y los ganglios axilares laterales -bajo el borde anterior del músculo dorsal ancho-.<sup>8,9,10</sup>

Siempre se debe emplear un procedimiento sistemático para palpar otras regiones. Para los ganglios epitrocleares se sujeta el codo con una mano mientras se explora con la otra la depresión que existe por encima y detrás del cóndilo medial del húmero, a unos 3 cm proximalmente de la epitroclea humeral. Para los ganglios de regiones inguinal y poplítea se debe colocar al paciente en decúbito supino, con las rodillas ligeramente flexionadas. Los ganglios inguinales superficiales superiores (femorales) se encuentran muy próximos a la superficie por encima de los conductos inguinales. Los ganglios inguinales inferiores se localizan en zonas más profundas de la ingle. Los ganglios de la región inguinal aumentan de tamaño cuando existen lesiones en la superficie del escroto o del pene.<sup>8,9,10</sup>

El estudio de una adenopatía puede realizarse de acuerdo con la localización de los ganglios y el tipo de síntomas clínicos presentes, lo cual nos puede revelar datos diagnósticos que orienten las exploraciones complementarias. Por ejemplo, la presencia de adenopatías cervicales, sobre todo si son múltiples, acompañada de ganglios en otros territorios nos orientará hacia un linfoma o enfermedad infecciosa generalizada y en función de dicha orientación pediremos las pruebas complementarias.<sup>4,5</sup>

#### IV.3 Exploraciones complementarias



A veces la anamnesis, la exploración física y una analítica permite realizar el diagnóstico de la enfermedad, como ocurre en la mayoría de enfermedades exantemáticas como la rubeola o la mononucleosis infecciosa. En otras ocasiones hay que recurrir a otras pruebas.

El estudio debe ser individualizado según la orientación diagnóstica clínica. Si existen adenopatías generalizadas el estudio es parecido al de la localizada, sumando también análisis inmunológico y serología virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

Las pruebas básicas ante una adenopatía sin causa evidente son:<sup>1,3,10</sup>

A/ Iniciales:

Hemograma, extensión de sangre periférica, velocidad de sedimentación globular (VSG), test de Coombs.

Bioquímica: función hepática, función renal, bilirrubina, fosfatasa alcalina, ácido fólico, hierro, vitamina B12.

B/ Posteriores:

-Microbiología: serologías (Virus de Epstein-Barr (VEB), citomegalovirus, toxoplasmosis, VIH, virus de hepatitis B (VHB), lúes, rubeola, brucella,...), cultivos, baciloscopias, Mantoux.

-Inmunología: factor reumatoide, inmunoglobulinas, poblaciones linfocitarias, anticuerpos antinucleares, anticuerpos anti-DNA.

-Radiografía de tórax, con la que pueden estudiarse, entre otras patologías, quistes, calcificaciones tuberculosas, o cuerpos extraños radiopacos.

-Ecografía abdominal, nos puede informar sobre ganglios retroperitoneales.<sup>12</sup>

-TAC torácico/abdominal, que permite valorar, por ejemplo, alteraciones vasculares, hematomas, tumores y quistes, tanto en localización como en extensión, así como adenopatías retroperitoneales y mesentéricas. Es muy sensible para detectar adenopatías entre 1 y 2 cm de diámetro.

-Gammagrafía con <sup>67</sup>Ga y gammagrafía de tiroides.

C/ Si con toda esta batería de pruebas no llegamos al diagnóstico etiológico se debe plantear la realización de -Punción aspiración con aguja fina (PAAF) y/o biopsia ganglionar.

-La PAAF es una técnica eficaz para la valoración de las adenopatías superficiales en estudio inicial, siendo medio útil en reconocer metástasis y

linfadenitis específicas, no así en procesos linfoproliferativos y otros procesos como síndromes mieloproliferativos.

-La biopsia ganglionar es diagnóstica en un 50-60% de los casos, sobre un 25 % de los casos no diagnósticos presentarán en un periodo variable de tiempo una enfermedad causal, normalmente un linfoma, por lo que se debe llevar un seguimiento estrecho de estos pacientes y repetir la biopsia si fuera necesario.<sup>2,4,13</sup>

## **ALGORITMO DIAGNOSTICO (Figura 1)**

### **V. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

Las adenopatías a nivel cervical se pueden diferenciar entre inflamatorias y no inflamatorias.

Las adenopatías no inflamatorias englobarían a la neoplásicas. Con respecto a las neoplásicas, un 50 % de ellas son tumores de los ganglios linfáticos y un 40 % son metástasis de otros tumores. Suelen ser, si se trata de linfomas, grandes y múltiples. En cuanto a la localización de la región neoplásica primaria se puede generalizar que los ganglios retrofaríngeos suelen corresponder a una neoplasia de cavum. Las adenopatías submaxilares y submandibulares están en relación con la cavidad oral y las amígdalas. Las adenopatías en la región cervical superficial nos orientan hacia neoplasias laríngeas o de seno piriforme. Las adenopatías supraclaviculares nos hacen sospechar una localización esofágica o bronquial, o son metástasis de neoplasias digestivas supra o infradiafragmáticas, pulmonares, de mama o de próstata.<sup>3,8</sup>

Las adenopatías inflamatorias pueden ser agudas o subagudas/crónicas.

Las agudas están relacionadas más frecuentemente con procesos infecciosos de vías aerodigestivas altas, en el contexto de un síndrome febril con ganglios elásticos, rodaderos y dolorosos a la palpación que pueden provocar la inmovilidad voluntaria del cuello. Habitualmente no se requiere ninguna prueba complementaria para llegar al diagnóstico y su evolución espontánea es hacia la curación en dos o tres semanas, con una hipertrofia ganglionar residual durante bastante tiempo.<sup>3,8</sup>

Dentro de las subagudas/crónicas hay que destacar una serie de entidades:

- Tuberculosis cervical: normalmente se trata de una adenopatía única, laterocervical, localizada frecuentemente a nivel del triángulo cervical posterior o

en región submandibular, que puede fistulizar dejando una cicatriz característica pardusca llamada escrófula. Su diagnóstico es por cultivo de la muestra obtenida por PAAF o por estudio del ganglio extirpado.

- VIH: En inicio un síndrome compuesto de adenopatías, fiebre y artralgias que posteriormente pasa a tener adenopatías palpables y no dolorosas en dos o más regiones ganglionares.
- Toxoplasmosis: en la forma adquirida se presentan fases de síntomas similares a los de una gripe con temperaturas subfebriles y adenopatías inflamatorias occipitales y/o submandibulares.
- Sarcoidosis: Adenopatías, sobre todo, mediastínicas y supraclaviculares asociado a alteraciones oculares, de las glándulas lagrimales y salivales y demás síntomas.
- Otras: Tularemia, enfermedad por arañazo de gato, sífilis, brucelosis, etc.<sup>8</sup>

## **VI. TRATAMIENTO**

El tratamiento de las adenopatías va a ser el de la enfermedad de base. Es importante valorar la presencia de enfermedad sistémica. Se asume que una adenopatía, según sea nuestra sospecha diagnóstica, se debe valorar de nuevo a los 15 días de su aparición junto con las pruebas complementarias y orientar su estudio en función de su evolución.

Las complicaciones de las adenopatías no son muy frecuentes, pero se derivan de la compresión de estructuras vecinas, del grado de inflamación y de su posibilidad de fistulizar fundamentalmente.<sup>3,4</sup>

## BIBLIOGRAFÍA

1. Rozman C, Montserrat E. Sistema linfático y síndromes adenopáticos. En: Farreras P, Rozman C, editores. Medicina Interna (3ª ed.).Vol II. Madrid: Mosby Doyma,1995. P. 1491-1493.
2. Díaz R, González T, López F. Adenopatía y esplenomegalia. En: Acedo MS, Barrios A, Díaz R, Orche S, Sanz RM. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica (4ª ed.). Madrid: MSD,1998. P.729-736.
3. Pizarro S. Adenopatías localizadas y generalizadas. En: Guía de actuación en Atención Primaria. Barcelona: SEMFYC, 1998. P.19-22.
4. Haynes B. Adenomegalias y esplenomegalias. En: Harrison, editores. Principios de Medicina Interna.(12ª ed.).Vol I. Madrid: Interamericana McGraw Hill, 1991. P 419-425.
5. Castro J. Enfermedades que cursan con adenopatías. FMC 1999; 6: 381-392.
6. De Andrade JM, Marana HB, Horta E, Vellido MA, Brighett S. Differential diagnosis of axillary masses. Tumor 1996; 82: 596.
7. Dugosory G, Ergogar N, Gulman Y, Gulman M. Inflammatory pseudotumor of pelvic lymph nodes. Arch Anat Cytol Pathol 1996; 44: 112-124.
8. Maseda E, Llorente JL, Manrique C, Suarez C. Evaluación de las tumoraciones cervicales. En: Raboso E, Fragola C. Urgencias ORL. Madrid: Lab.Menarini, 1999. P 169-184.
9. O'Connor C, Rodriguez A. Enfoque diagnóstico y terapéutico de la tumoración cervical. En: Gomez D, O'Connor C, García M, García E. Manual básico urgencias en ORL. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla: Lab.Salvat, 1999. P 91-95.
10. Becker W. Cuello y tiroides. En: Becker W, NaumannH, Pfaltz C. Otorrinolaringología. Barcelona: ediciones Doyma, 1988. P 281-313.
11. Sistema linfático. En: Seidel H, Ball J, Dains J, William G. Manual "Mosby" de exploración física. (3ª ed). Madrid: Harcourt Brace, 1997. P 193-217.
12. Tschammler A, Otto G, Schang T, Seebalck-Goebel B, Scwwager K, Hahn D. Lymphadenopathy: differentiation of benign from malignant disease-color doppler vs assessment of intranodal angioarchitecture. Radiology 1998; 208: 117-123.
13. Protopapas Z, Westcott JL. Transthoracic hilar and mediastinal biopsy. J Thorac Imaging 1997; 12: 250-258.

Tabla 1: Clasificación enfermedades que cursan con Adenopatías

I. *Enfermedades infecciosas*

1. Virus:

A/ Mononucleosis infecciosa: Fiebre, faringoamigdalitis, hepatoesplenomegalia y molestias abdominales.

B/ Citomegalovirus (CMV)

C/ Hepatitis

D/ Gripe

E/ Rubeola: Fiebre alta, brote exantemático, adenopatías occipitales, cervicales posteriores y retroauriculares.

F/ VIH:

1. Síndrome mononucleósico: adenopatías occipitales, cervicales y axilares.

G/ Varicela-Zoster

2. Hongos:

A/ Coccidioidomycosis: adenopatías hiliares, fiebre, cefalea, tos.

B/ Histoplasmosis: adenopatías hiliares, fiebre, cefalea, tos.

3. Bacterias:

A/ Streptococos y Staphilococos.

1. Amigdalitis: odinofagia, cefalea, pérdida de apetito, fiebre, y adenopatías laterocervicales y submandibulares.

2. Infección dérmica: lesiones dérmicas costrosas y adenopatías locoregionales.

B/ Salmonella tify: cefalea, fiebre, diarrea, exantema cutáneo con ictericia, hepatoesplenomegalia y adenopatías múltiples.

C/ Brucella: fiebre, cefalea, artromialgias, adenopatías generalizadas y hepatomegalia.

D/ Pasteurella: herida con signos inflamatorios y adenopatía locoregional.

E/ Yersinia pestis:

1. Peste bubónica: fiebre, adenopatías dolorosas cervicales, axilares o inguinales.

F / Listeria monocytogenes:

1. Forma pseudomononucleósica: faringitis, fiebre, adenopatías cervicales o generalizadas y hepatoesplenomegalia.

G/ Enfermedad por arañazo de gato: herida (arañazo o mordedura gato), adenopatía locoregional.

H/ *Haemophilus ducreyi*

1. Chancro blando: úlceras genitales dolorosas y adenopatías inguinales no dolorosas unilaterales.

4. Clamydias:

A/ Linfogramuloma venéreo: úlcera y adenopatía locoregional.

5. Micobacterias:

A/ Lepra: adenopatías generalizadas o localizadas.

B/ Tuberculosis:

1. Adenitis tuberculosa: fiebre y adenopatías cervicales.
2. Tuberculosis ganglionar generalizada: fiebre intensa y adenopatías generalizadas.

6. Espiroquetas:

A/ Sífilis:

1. Sífilis primaria: chancro y adenopatía locoregional
2. Sífilis secundaria: adenopatías múltiples y hepatoesplenomegalia.

7. Parásitos:

A/ Toxoplasmosis: adenopatías cervicales y supraclaviculares no dolorosas, fiebre, cefalea, artromialgias y exantema.

B/ Microfilariasis: linfangitis distales intermitentes.

C/ Tripanosomiasis: complejo oculoganglionar (conjuntivitis unilateral, edema palpebral violáceo y adenopatías preauriculares o parotídeas), fiebre y adenopatías generalizadas.

II. *Enfermedades inmunológicas:*

1. Lupus eritematoso sistémico: astenia, anorexia, fiebre, pérdida de peso, artromialgias y adenopatías.
2. Artritis reumatoide: astenia, fiebre, poliartritis simétrica, esplenomegalia y adenopatías.
3. Dermatomiositis

4. Linfadenopatía angioinmunoblástica: adenopatías generalizadas, fiebre, sudores nocturnos, exantema y pérdida de peso.
5. Enfermedad del suero
6. Reacciones a fármacos: difenilhidantoína, alopurinol, hidralacina.

III. *Enfermedades endocrinas:*

1. Hipertirodismo

IV. *Enfermedades malignas:*

1. Hematológicas:

A/ Linfomas:

1. Hodgkin: hepatoesplenomegalia, adenopatías supraclavicular, axilar o inguinal y/o sudoración nocturna, fiebre y pérdida de peso.
2. No Hodgkin:
  - a) Bajo grado de malignidad: adenopatías en diferentes territorios
  - b) Alto grado de malignidad: adenopatías, manifestaciones extraganglionares y/o sudoración nocturna, fiebre y pérdida de peso.

B/ Leucemias:

1. Agudas:

- a) Linfoblásticas: anorexia, astenia, pérdida de peso, fiebre, algias osteoarticulares, adenopatías y/o hepatoesplenomegalia.
- b) No linfoblásticas: fiebre, petequias o hematomas, adenopatías.

2. Crónicas:

- a) Linfoides: adenopatías simétricas, astenia, infecciones repetidas
- b) Mieloides: astenia, anorexia, pérdida de peso, febrícula, sudores nocturnos, adenopatías.

C/ Histiocitosis maligna: fiebre, pérdida de peso, sudoración, hepatoesplenomegalia, infiltración cutánea, adenopatías periféricas.

2. No hematológicas:

A/ Metástasis

V. *Enfermedades por depósito de lípidos:*

1. Enfermedad de GAUCHER

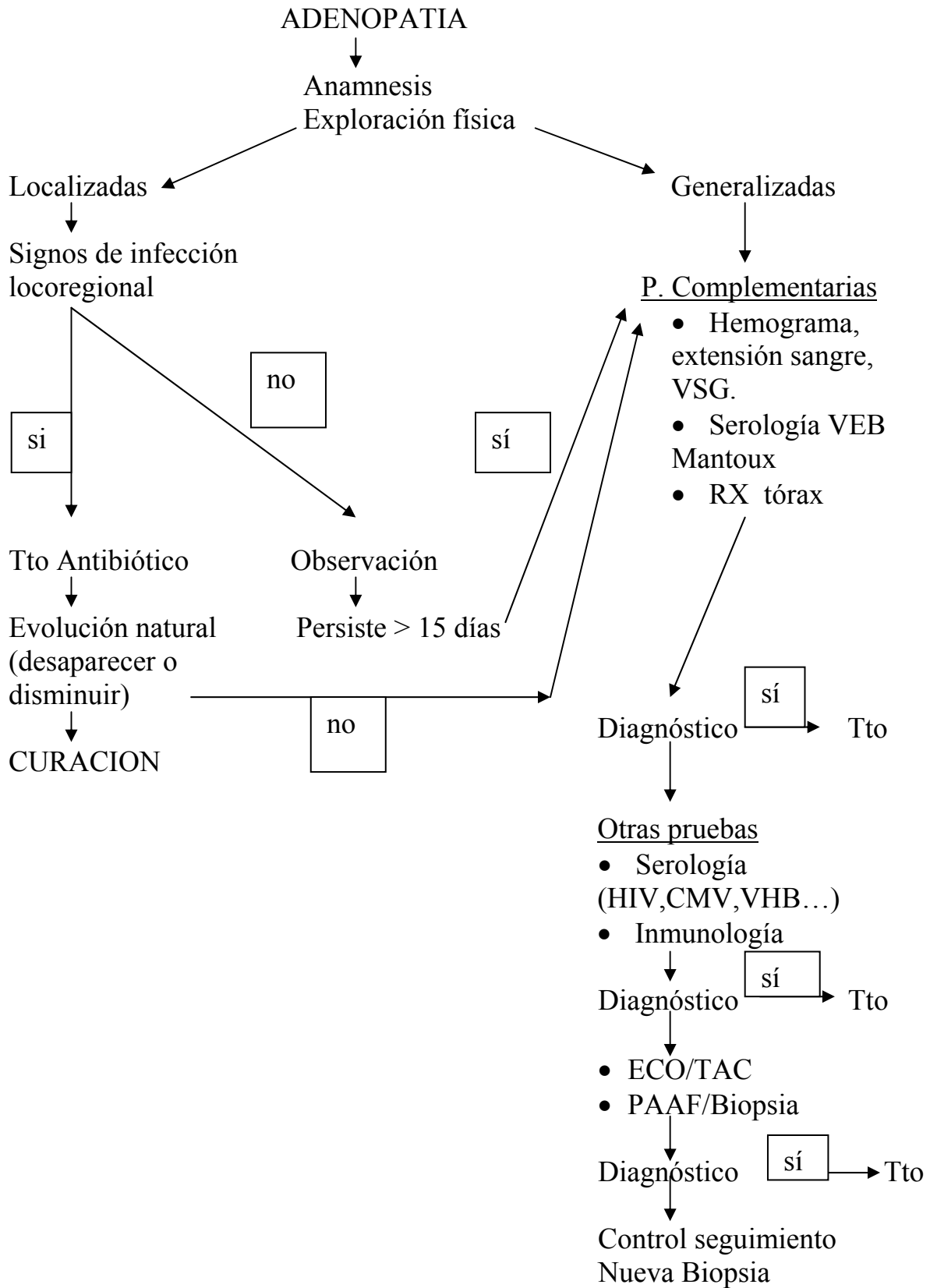
2. Enfermedad de NIEMANN-PICK
3. Enfermedad de FABRY
4. Enfermedad de HUNTER

VI. *Enfermedades diversas y de causa desconocida*

1. Histiocitosis benignas:
  - A/ Enfermedad de ROSAI-DORFMAN: fiebre o febrícula, adenopatías laterocervicales, supraclavicular, axilares e inguinales.
  - B/ Histiocitosis de células de Langerhans:
    1. Enfermedad de LETTERER-SIWE (forma diseminada aguda multifocal): adenopatías, hepatoesplenomegalia, exantema cutáneo papuloeritematoso.
    2. Forma diseminada progresiva multifocal
    3. Forma unifocal o multifocal sin disfunción grave: hepatoesplenomegalia, adenopatías, diabetes insípida.
2. Enfermedad de CASTLEMAN o Hiperplasia linfoide folicular gigante:
  - A/ Adenopatías abdominales o mediastínicas.
  - B/ Adenopatías generalizadas, hepatoesplenomegalia, anemia, trombopenia, hipergammaglobulinemia.
3. Sarcoidosis: fiebre, astenia, adenopatías hiliares y/o paratraqueales, eritema nodoso.
4. Amiloidosis
5. Enfermedad de KAWASAKI: fiebre, exantema, adenopatías laterocervicales, conjuntivitis bilateral, queilitis, faringitis.
6. Granulomatosis linfomatoide: adenopatías intratorácicas y/o periféricas.
7. Seudotumor inflamatorio: fiebre, hepatoesplenomegalia, adenopatías.



Figura 1: Algoritmo diagnóstico



## CUESTIONARIO

1. ¿Dónde se encuentran alojados los ganglios linfáticos superficiales?
  - a) Epidermis
  - b) Interior de cavidades corporales
  - c) Fascias musculares
  - d) Tejido celular subcutáneo
  
2. ¿Cuál es el tamaño normal de un ganglio linfático?
  - a) Mayor de 1 cm
  - b) Mayor de 2 cm
  - c) Menor de 2 cm, siendo ganglio inguinal
  - d) Mayor de 4 cm
  
3. ¿A partir de qué tamaño de un ganglio linfático se debe realizar un estudio urgente?
  - a) Mayor de 1 cm
  - b) Mayor de 2 cm
  - c) Mayor de 2 cm, siendo ganglio inguinal
  - d) Mayor de 4 cm
  
4. ¿En qué enfermedad infecciosa son más frecuentes las adenopatías retroauriculares?
  - a) Hepatitis
  - b) HIV
  - c) Rubeola
  - d) Peste bubónica
  
5. ¿Qué agente causal es responsable del chancro blando?
  - a) Yersinia pestis
  - b) Haemophilus ducreyi
  - c) Bacilo de Hansen
  - d) Pasteurella multocida

6. ¿Qué enfermedad inmunológica cursa con adenopatías?
- a) Lupus Eritematoso Sistémico
  - b) Microfilariasis
  - c) Enfermedad por arañazo de gato
  - d) Enfermedad de GAUCHER
7. ¿Qué fármaco puede ocasionar adenopatías?
- a) Alopurinol
  - b) Sumatriptán
  - c) Gabapeptina
  - d) Carbimazol
8. ¿Qué síntomas son propios de la Enfermedad de KAWASAKI?
- a) Fiebre
  - b) Adenopatías laterocervicales
  - c) Exantema
  - d) Eritema nodoso
9. ¿Qué enfermedad infecciosa no está producida por parásitos?
- a) Toxoplasmosis
  - b) Histoplasmosis
  - c) Tripanosomiasis
  - d) Microfilariasis
10. ¿Qué característica física es la menos importante en la valoración de una adenopatía?
- a) Localización
  - b) Edad y sexo del paciente
  - c) Tamaño
  - d) Lugar de origen natal del paciente

11. Las adenopatías de origen infeccioso o inflamatorio cumplen todas estas características excepto una:
- a) Dolorosas
  - b) Blandas
  - c) No rodaderas
  - d) Piel superficial eritematosa y caliente
12. ¿Cuáles son las adenopatías más frecuentes en varones mayores de 50 años?
- a) Inflamatorias
  - b) Inmunológicas
  - c) Tuberculosas
  - d) Neoplásicas
13. ¿Cuál de estas localizaciones no debe considerarse siempre patológica?
- a) Supraclavicular
  - b) Cervical
  - c) Mediastínica
  - d) Poplítea en ausencia de lesión local
14. ¿Con qué entidad debe hacerse diagnóstico diferencial ante adenopatía cervical?
- a) Tumor del glomus carotídeo
  - b) Quiste del conducto tirogloso
  - c) Hipertrofia tiroidea
  - d) Todas ellas son ciertas
15. ¿Qué entidad no se relaciona con adenopatías retroauriculares?
- a) Linfoma
  - b) Metástasis de tumor intratorácico
  - c) Rubeola
  - d) Todas ellas son ciertas

16. Las blefaritis suelen relacionarse con adenopatías, ¿en qué localización?
- a) Yugulares
  - b) Occipitales
  - c) Preauriculares
  - d) Submandibulares
17. Las adenopatías mesentéricas se relaciona con diferentes enfermedades, ¿con cuáles de las que se enuncian?
- a) Tuberculosis
  - b) Neoplasias
  - c) Ninguna de ellas son ciertas
  - d) Todas ellas son ciertas
18. A la hora de palpar adenopatías de cabeza y cuello, ¿en qué posición debemos colocar al paciente?
- a) Como se encuentre más cómodo el paciente
  - b) En decúbito supino
  - c) Sentado y con la cabeza inclinada un poco hacia delante
  - d) Da lo mismo como se coloque
19. Los ganglios submentonianos, ¿dónde se localizan?
- a) A lo largo del músculo esternocleidomastoideo
  - b) Por delante del pabellón auricular
  - c) Sobre apófisis mastoides
  - d) En la línea media y por detrás del vértice mandibular
20. ¿Cuáles son las pruebas básicas iniciales a realizar ante una adenopatía?
- a) Hemograma
  - b) VSG
  - c) Extensión de sangre periférica
  - d) Todas ellas son ciertas
21. En la actualidad, ¿en qué porcentaje se considera diagnóstica la biopsia ganglionar?
- a) 25 %

- b) 50 %
- c) 75 %
- d) 100 %

22. La TAC es muy sensible para valorar adenopatías, ¿se debe emplear...?

- a) Siempre
- b) Nunca
- c) Tras estudios iniciales en los que no se llega al diagnóstico
- d) Ninguna de ellas es cierta

23. ¿Cuál de estas adenopatías inflamatorias no es de curso subagudo o crónico?

- a) Tuberculosis
- b) Toxoplasmosis
- c) Sarcoidosis
- d) Faringitis

24. ¿Las adenopatías supraclaviculares están relacionadas con?

- a) Metástasis de tumores digestivos
- b) Sarcoidosis
- c) Conjuntivitis
- d) Ninguna de ellas es cierta

25. La PAAF es una técnica eficaz para valoración de adenopatías ¿de qué tipo especialmente?

- a) Superficiales en estudio inicial
- b) Metástasis
- c) Linfadenitis específicas
- d) Todas ellas son ciertas

## RESPUESTAS

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. D  | 13. B |
| 2. C  | 14. D |
| 3. D  | 15. B |
| 4. C  | 16. C |
| 5. B  | 17. D |
| 6. A  | 18. C |
| 7. A  | 19. D |
| 8. D  | 20. D |
| 9. B  | 21. B |
| 10. D | 22. C |
| 11. C | 23. D |
| 12. D | 24. A |
|       | 25. D |