

## CASO CLINICO

### ADENOPATIA CERVICAL PERSISTENTE PRESENTACION DE UN CASO Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Univ. José Antonio Viruez Soto  
Interno de la Carrera de Medicina  
Universidad Mayor de San Andrés

Asesor: Dr. Fernando Álvarez Daza  
Jefe del Servicio de Medicina Segunda  
Hospital de Clínicas Universitario - Ciudad de La Paz, Bolivia

#### RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 13 años de edad con el diagnóstico de adenopatía cervical persistente, que luego de haberse realizado varios estudios complementarios; se llega a diversos diagnósticos diferenciales, los cuales son descritos y analizados en base en la literatura; concluyendo que toda adenopatía debe ser finalmente, de preferencia, sometida a una biopsia a cielo abierto para llegar a un diagnóstico definitivo realmente confiable.

**Palabras clave:** Adenopatía, tuberculosis, punción aspirativa

#### ABSTRACT

It's about a case of a 13 year-old male patient with the diagnosis of persistent cervical adenopathy, that after several complementarial exams; a lot of differential diagnoses are taken, the same that are commented and analyzed based in the literature; concluding that every adenopathy should be, mainly, taken to a open biopsy for a definitive and truly diagnosis.

**Key Words.-** Adenopathy, tuberculosis, aspirative punction

#### INTRODUCCION

Se define adenopatía persistente como la presencia de por lo menos un nódulo linfático de 1cm x 1cm con evolución mayor a 4 semanas<sup>1</sup>, dicho cuadro posee una gran cantidad de diagnósticos diferenciales, mencionándose entre los más comunes a la Tuberculosis, Infecciones por las Micobacterias

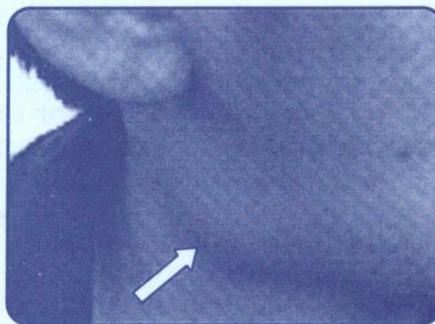
denominadas Atípicas, Bacterias Piogenas, Mononucleosis Infecciosa, Toxoplasmosis, Neoplasias y entre las menos a la Enfermedad por Arañazo de Gato, Enfermedad de Kawasaki, Tularemia, Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto y Sarcoidosis; sin tomar en cuenta otras causas con una incidencia baja en nuestro medio, la cual resulta motivo de su

exclusión en éste trabajo.

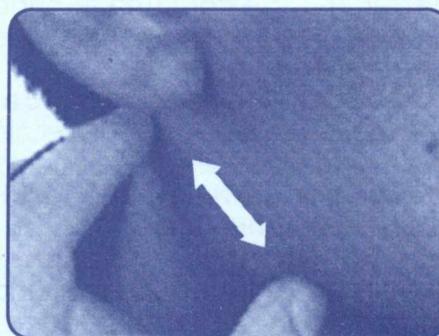
### CASO CLINICO

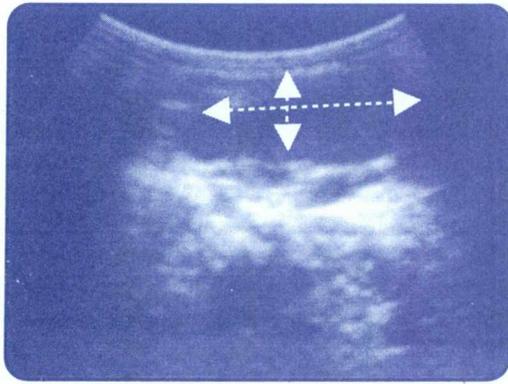
Paciente de sexo masculino de 13 años de edad, procedente y residente de la Ciudad de La Paz con cuadro clínico de 6 semanas de evolución, caracterizado por aumento de volumen en región cervical submandibular derecha la cual al momento de su ingreso alcanza 4x3cm, alzas térmicas no cuantificadas referidas por el paciente y cefalea holocraneana de leve intensidad. Entre los antecedentes, paciente producto del 6to embarazo, parto hospitalario; sin otros antecedentes de importancia. Al examen físico de ingreso: Evaluación antropométrica Peso 34Kg, Talla 129cm, Índice P/E entre -1DE y -2DE, T/E <-3DE, P/T entre +2DE y +3DE, regular estado general, lúcido, orientado en las 3 esferas mentales, memorias conservadas, piel y mucosas levemente pálidas hidratadas, cavidad oral con dientes en regular estado general, sin caries dental ni gingivopatías, cuello asimétrico por aumento de volumen circunscrito en región submandibular derecha de 4x3cm (Fotografías 1 y 2), de consistencia dura, móvil, no doloroso a la palpación; con estigma de la vacuna BCG en hombro derecho; cardiopulmonar clínicamente estable. El Hemograma de ingreso informa Hematocrito 40 %, Leucocitos  $7,2 \times 10^9/L$ , Segmentados 36%, Eosinófilos 15%, Linfocitos 46%, Monocitos 3%, Plaquetas normales, VES 40mm la primera hora. A su ingreso y durante su 1er día de internación recibe como tratamiento empírico Cefalexina. En su 2º día de internación se cambia el antibiótico a Cefadroxilo por disponibilidad y se indica Ibuprofeno PRN ya que el paciente se queja de intenso dolor en la lesión la noche anterior; se realiza telerradiografía y placa lateral izquierda de tórax en los cuales se evidencian imágenes sugerentes de adenitis mediastinal, por lo cual se sospecha de Tuberculosis Ganglionar descontinuándose el esquema antibiótico, además de realizarse toma de ultrasonografía cervical que informa ausencia de líquido en la lesión (Fotografía 3). El 3er día de internación se realiza la

prueba de la tuberculina con la administración del PPD. El 4to día de internación el dolor paroxístico nocturno en el sitio de la lesión recrudece con mayor intensidad por lo cual se administra Ibuprofeno PRN sin calmar el dolor con eficacia, recurriendo a la administración de Dipirona, con buena respuesta. El 5to día de internación se realiza Punción Aspirativa con Aguja Fina No.23 al ganglio, para su estudio citopatológico; se procede a la lectura del PPD, el cual resulta negativo, al igual que el resultado de la Tinción Ziehl Nielssen del Aspirado, reportando ausencia de malignidad y ausencia de un componente inflamatorio importante. El 6º día de internación se decide el alta del paciente, previa indicación de Cefadroxilo, debiendo regresar al 10º día del tratamiento para la revaloración del cuadro. Cabe hacer notar que en ningún momento, desde su ingreso, se documentaron alzas térmicas, ya sea bajo la administración de antipiréticos o en ausencia de los mismos.



Fotografía 1.- Linfadenopatía Cervical





Fotografía 3.- Ultrasonografía Cervical que demuestra la Imagen de la Adenopatía

### DISCUSION

Paciente con adenopatía cervical persistente, desnutrición crónica leve, desnutrición aguda moderada y desnutrición global compensada, anemia clínica, sin antecedentes de importancia, sensorio conservado, ligera palidez mucocutánea, cuyo cuadro presenta como diagnóstico diferencial:

**Tuberculosis Ganglionar.-** Involucra predominantemente nódulos linfáticos cervicales como forma más común de tuberculosis extrapulmonar en niños de áreas endémicas de tuberculosis. El cuadro típico está compuesto por una adenopatía cervical e 1 x 1cm presente mayor a 4 semanas aún bajo la administración de antibióticos orales y presencia de linfadenitis mediastinal; debiendo tomarse en cuenta que el paciente se encontró con algias durante un par de noches, lo cual muchas veces no se presenta en la linfadenopatía tuberculosa o escrófula, sino en la de origen bacteriano. Se confirma el origen tuberculoso en presencia de por lo menos uno de los siguientes criterios:

**Confirmación Bacteriológica.-** Aislamiento de *M. tuberculosis* o detección a través de una prueba rápida (tinción Ziehl-Nielsen, por ejemplo); que resultó negativa en el presente caso.

**Diagnóstico Clínico.-** Respuesta terapéutica significativa, que ocurre cuando el nódulo disminuye de tamaño de 2 x 2cm a < 1 x 1cm después del tratamiento antituberculoso estándar; lo cual no da un resultado rápido por lo cual no se tomó en

cuenta en el presente.

Aún después de discontinuar la medicación antibacteriana, el ganglio linfático del caso en estudio no aumentó de volumen, aproximándose el diagnóstico de adenopatía tuberculosa aún más cuando el examen ecográfico reporta la ausencia de colección líquida, recurriendo al PPD, cuyo resultado resulta contradictoriamente negativo, recordando que algunas causas de anergia están relacionadas a la presencia de infección por el VIH en 1/3 de casos; sin existir factores de riesgo en el paciente en estudio (edad, actividad sexual, ausencia de transfusiones, etc), sarcoidosis, administración de corticoides o infecciones virales; sin datos de los mismos en el presente caso. A la realización de Punción con Aguja Fina, el resultado resulta ser negativo para la Tinción Ziehl-Nielsen, encubriendo más el diagnóstico<sup>2-8</sup>.

**Micobacterias Atípicas.-** Ocasionadas en casi en su totalidad en niños por *Mycobacterium scrofulaceum* y *Mycobacterium avium-intracellulare*, con menor frecuencia se aíslan *M. kansasii* y *M. haemophilum*; la infección por los mismos da por resultado ganglios linfáticos agrandados, indurados, unilaterales y no hipersensibles, por lo general en la región submandibular; excepto que el paciente cuenta con el estigma de la vacuna BCG en hombro derecho, lo cual influye sobre la incidencia de la presente. En contraste con *M. Tuberculosis*, la radiografía de tórax en niños con micobacterias atípicas es normal y la prueba cutánea de la tuberculina por lo general muestra un resultado intermedio; teniendo un resultado negativo a la última en el presente caso.

**Adenopatía Bacteriana.-** Está dado, igualmente, casi en su totalidad por *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes* del grupo A; el tiempo de evolución es muy largo como para pensar este origen, recalcando que en el presente caso no existió calor ni dolor a la palpación de la lesión, ni tampoco hipertermia que haya sido documentada durante la estadía en presencia o ausencia de agentes farmacológicos antituberculosos ni tampoco una vía de entrada dental evidenciable.

En lo laboratorial, no existió leucocitosis ni desvío izquierdo.

**Mononucleosis Infecciosa.-** Es una infección viral que causa fiebre, odinofagia e inflamación de los ganglios linfáticos especialmente cervicales; los 2 primeros ausentes en el presente caso. Usualmente ésta infección está ligada al virus de Epstein-Barr, pero también puede ser ocasionada por otros organismos como el citomegalovirus. La mononucleosis a menudo se transmite por medio de la saliva. Aunque esta afección, conocida como la "enfermedad del beso", se presenta con más frecuencia entre los 15 y 17 años de edad, la infección puede adquirirse a cualquier edad. Los exámenes comunes para el diagnóstico de EBV son la prueba de anticuerpos heterófilos, antígeno para el virus Epstein-Barr realizado por medio de inmunofluorescencia; los títulos de anticuerpos para el virus Epstein-Barr pueden ayudar a diferenciar la infección aguda de una infección pasada. La mayoría de los pacientes se recuperan en un período de 4 a 6 semanas sin medicación.

**Toxoplasmosis.-** Provoca adenopatías en región cervical o supraclavicular, no dolorosas (siendo en éste caso el dolor de tipo paroxístico y nocturno) sin signos inflamatorios ni con supuración, el cuadro clínico suele limitarse menos de 1 mes, y deforma excepcional persistir hasta 12 meses.

**Neoplasias.-** Entre las más comunes, se encuentran los linfomas, sobretodo de tipo No Hodgkin, debiendo mencionarse que el presente caso la tumoración es móvil y no dolorosa a la palpación. Se podría además considerar la presencia de malignidad, descartada por la Punción con Aguja Fina. Tampoco existe el antecedente de irradiación cervical en etapas más tempranas de la vida del paciente ni datos clínicos. para pensar en una tumoración cervical.

**Causas menos frecuente.-**

**Enfermedad por Rasguño de Gato.-** Causada por Bartonella henselae, se evidencia la pápula del sitio de ingreso del

microorganismo, ausente en el presente caso.

**Enfermedad de Kawasaki.-** Síndrome mucocutáneo ocasionado por una vasculitis sistémica que ocurre en menores de 5 años con un promedio de 2 años de raza asiática (lo cual lo excluye en el presente caso); no se conoce su etiología pero su presentación en epidemias y el cuadro clínico sugieren un agente infeccioso; la presente enfermedad tiene como manifestación temprana a la adenopatía cervical, pero es la menos frecuente de los criterios diagnósticos encontrados y es el primero que desaparece, el ganglio agrandado, o la masa de ganglios, por lo general es unilateral, de más de 1,5 cm de diámetro, no fluctuante, y confinada al triángulo anterior del cuello. Aunque suele ser una enfermedad benigna y autolimitada, alrededor de un 25% de los pacientes desarrollan aneurismas en las arterias de medio tamaño particularmente en las coronarias pudiendo ocurrir complicaciones cardiológicas graves como trombosis aneurismática, infarto de miocardio que originan mortalidad entre 0,5-3%.

**Tularemia.-** Causada por el cocobacilo *Francisella tularensis*, considerada una de las bacterias patógenas más infecciosas que existen. Es una infección común en roedores salvajes y transmitida a los seres humanos por contacto con tejidos animales infectados o por garrapatas, picadura de moscas y mosquitos. Se encuentra en toda América del Norte, algunos países de Europa, antigua Unión Soviética, China y Japón; descartándose el carácter epidemiológico en nuestro medio.

**Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto.-** Linfadenitis necrotizante histiocitaria subaguda que es más frecuente en asiáticos, aunque se encuentran aumentando los casos en el resto del mundo y en mujeres con una proporción varón/mujer 1:4, la edad de presentación son los 30 años de media<sup>9-12</sup>.

**Sarcoidosis.-** Linfadenopatía angioinmunoblástica que constituye un síndrome clinicopatológico de fisiopatología

desconocida, en la cual existe una elevación de los Linfocitos B secundaria a una falla en la regulación de los Linfocitos T. El inicio de la enfermedad se da por lo general entre los 20 y 40 años de edad y es muy poco común entre los niños pequeños. La mayor parte del tiempo, la enfermedad se encuentra en pacientes asintomáticos que tienen una radiografía de tórax anormal. Pudiendo confirmarse o descartarse su diagnóstico por medio de la biopsia a cielo abierto.

**Datos de Laboratorio Relevantes.**- VES elevada.- Expresión de una reacción inflamatoria en el presente caso. Linfocitosis Relativa.- Apoya al diagnóstico de Tuberculosis y Neoplasia (Linfoma). Eosinofilia.- Revela parasitosis, de preferencia una helmintiasis sin relación al cuadro actual.

Cuadro 1. Causas Infecciosas de Adenopatía Cervical en Niños	
Bacterianas	S. Aureus
	Estreptococos del grupo A
	M. tuberculosis
	Microbacterias atípicas
	Bartonella henselae
	Francisella tularensis
	Sífilis
	Difteria
Virales	Virus de Epstein-Barr
	Citomegalovirus
	Herpes simple
	Varicela
	Adenovirus
	Herpes virus 6
	Sarampión
	Parotiditis
	Rubéola
Micóticas	Aspergilosis
	Cryptococcus
	Histoplasmosis
	Esporotricosis
Parasitarias	Toxoplasmosis

Cuadro 2. Causas No Infecciosas de Adenopatía Cervical en Niños	
Enfermedad Maligna	Linfoma No Hodgkin
	Linfoma de Hodgkin
	Neoplasias tiroideas
	Leucemia
	Neuroblastoma
	Enfermedad metastásica
	Trastorno linfoproliferativo
	Rabdomiosarcoma
	Neoplasias de la parótida
	Carcinoma nasofaríngeo
Otras	Síndrome de Kawasaki
	Sarcoidosis
	Diátesis alérgica
	Enfermedad por Inmunodeficiencia
	Trastornos de almacenamiento
	Histiocitosis del seno con Linfadenopatía masiva
	Enfermedad de Castleman
	Quiste hendido branquial
Congénitas	Higroma quístico
	Quiste broncógeno
	Quiste del conducto tirogloso
	Quiste epidermoide
	Neoplasia del esternocleidomastoideo

Cuadros 1 y 2. Causas de adenopatía cervical en niños (Modificado de Soto G. Linfadenopatía en niños y adolescents (Primera Parte). [monografía en Internet]. [cited 2007 Jul 02]. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/pediatria/pediat ria40305-linfadenopatia.htm>)

### CONCLUSIONES

En el presente caso, tomando en cuenta la poca disponibilidad de recursos de diagnóstico en nuestro medio, además de la limitada capacidad económica de los pacientes para recurrir a ellos, se decide recurrir a la prueba terapéutica para confirmar que se trata de una bacteriosis, tras resultar negativas muchas de las pruebas realizadas. En cuanto a un análisis basado en la literatura, otro diagnóstico aproximado es el de una tumoración, debido a la ausencia de muchos datos clínicos y laboratoriales de tuberculosis o bacteriosis; y menos aún de otras patologías; concluyendo que, para determinar realmente el origen, se debe realizar una biopsia a cielo abierto con posterior estudio cito-histopatológico.

## RECOMENDACIONES

Se debe considerar la biopsia a cielo abierto como el método diagnóstico por excelencia en casos de éste tipo, exceptuando la Escrófula ya que debe realizarse dicho procedimiento con sumo cuidado o evitando su realización por el riesgo de fistulización; y, siendo que nuestro país es un medio endémico en tuberculosis, la Punción Aspitariva se constituye una prueba guía; tampoco se

debe pasar desapercibido la posibilidad de una neoplasia, por lo cual se debe tomar las precauciones del caso y descartar en primer lugar los procesos malignos. Por último, no debemos olvidar que detrás de la conducta a tomar en cada caso, se encuentra afectada la calidad de vida del paciente, por encontrarse en espera de una adecuada respuesta a su situación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marais B, Wright C, Simon H, Gie, R, Hesselning A, Enarson D, et al. Tuberculous lymphadenitis as a cause of persistent cervical lymphadenopathy in children from a tuberculosis-endemic area. *The Pediatric Infectious Disease Journal*. February 2006.25(2):142-6.
2. Terra [homepage on the internet]. [Updated 2007; cited 2007 Jul 02]. [About 2 screens]. Disponible en: <http://www.terra.com/salud/articulo/html/sal7516.htm>
3. University of Virginia Health System [homepage on the Internet]. [2004 March 9; cited 2007 Jul 02]; [about 2 screen]. Disponible en: [http://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/peds\\_ent\\_sp/lymphopathy.cfm](http://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/peds_ent_sp/lymphopathy.cfm)
4. University of Chicago Comer Children's Hospital: Linfadenopatía [homepage on the internet]. [2007; cited 2007 Jul 02]; [about 2 screens]. Disponible en: <http://www.uchicagokidshospital.org/online-library/content=S05151>
5. Patient and Family Resources - Dell Children's Medical Center of Central Texas. [homepage on the internet]. [2007; cited 2007 Jul 02]; [about 2 screens]. Disponible en: <http://www.childrenshospital.com/yourchildshealth/childrenshealthfrom0913/>
6. Health Source - Salem Hospital. [homepage on the internet]. [cited 2007 Jul 02]; [about 2 screens]. Disponible en: <http://www.salemhospital.org/healthsource/content.php?pageid=P05151>
7. Baptist Health of Northeast Florida. [homepage on the internet]. [cited 2007 Jul 02]; [about 2 screens]. Disponible en: <http://community.e-baptisthealth.com/health-info/content/ped/esp/ent/lymphopathy.html>
8. Frenk P, Yigovsky. Linfadenopatía angioinmunoblástica. *Fisiopatología, citogenética, histología y tratamiento*. *Anales Médicos*. Jul - Sep 1999; 44(3):132-7.
9. Valero JM, Alvarez A, Sánchez G, Montes M. Enfermedad de Kikuchi, Una posibilidad diagnóstica ante presencia de adenopatías cervicales. *Medifam* 2001; 11: 295-7.
10. Medline Plus Enciclopedia Médica [homepage on the internet] [2007 Jun 17; cited 2007 Jul 02]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000591.htm>
11. Pérez A, Guijarro M, Lopez JR, Raba S, López R, Dierrsen P, y col. Estudio de las adenopatías cervicales y de los factores predictivos de su malignidad. El valor de la biopsia en la adenopatía cervical. *Revista de la SEMG*. Marzo 2004.62:150-6.
12. Soto G. Linfadenopatía en niños y adolescents (Primera Parte). [monografía en Internet]. [cited 2007 Jul 02]. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/pediatrica/pediatrica40305-linfadenopatia.htm>