



Protocolo de práctica asistencial de las poliadenopatías crónicas

J. Dávila Valls y J.M. Bastida Bermejo*

Servicio de Hematología y Hemoterapia. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. España.

Palabras Clave:

- Adenopatías
- Infección
- Neoplasia
- Biopsia

Keywords:

- Adenopathies
- Infection
- Solid tumor/hematological malignancy
- Biopsy

Resumen

Introducción. La aparición de poliadenopatías crónicas sin causa aparente supone un reto diagnóstico dadas las múltiples posibles causas que existen.

Etiopatogenia. En muchas ocasiones son una manifestación de un proceso infeccioso, pero hay que tener en cuenta que con frecuencia puede ser la manifestación de un proceso hematológico u oncológico, por lo que el diagnóstico debe ser rápido y evitar el tratamiento empírico antes de establecer la etiología.

Diagnóstico. La anamnesis (antecedentes infecciosos y síntomas constitucionales) y la exploración física (número, localización, tamaño, consistencia, tiempo de aparición, presencia de esplenomegalia) deben ser minuciosas, ya que aportan datos valiosos para orientar el diagnóstico. Los estudios analíticos deben incluir hemograma, bioquímica básica y otras determinaciones (autoinmunidad, marcadores tumorales) y serologías, en función de la sospecha clínica. La biopsia es la prueba confirmatoria de las hemopatías malignas.

Tratamiento y pronóstico. Dependen de la etiología.

Abstract

Practice protocol for chronic polyadenopathies

Introduction. Uncertain origin of chronic adenopathies is a challenge for the clinician due to multiple causes and heterogeneous causes are involved.

Etiology. Infection signs are usually found. However, in hematological or oncological diseases, adenopathies can be the first sign in appear. Thus, diagnosis should be faster. Empirical treatment should be avoided before diagnosis was established.

Diagnosis. Personal history (infections and constitutional symptoms) and physical examination (number, location, size, tenderness, time of evolution, splenomegaly) are essential to suspect the disorders. Laboratory assays that includes complete peripheral blood analysis, blood smear and serology must be performed. In addition, other tests should be included in accordance with clinical suspicion (autoimmunity, oncological biomarkers). Biopsy is necessary to confirm the hematological disorder diagnoses.

Treatment and prognostic. It's depend on causative diseases.

*Correspondencia

Correo electrónico: jmbastida@saludcastillayleon.es

Introducción

Las poliadenopatías crónicas se definen por el incremento de tamaño o alteración en la consistencia de los ganglios linfáticos de más de 3 semanas de evolución. El tamaño habitual de los ganglios linfáticos es menor de 1 cm, aunque en adolescentes y adultos pueden ser de mayor tamaño, ya sea de forma fisiológica o por causa reactiva. La aparición de adenopatías puede ser un hallazgo casual en la exploración o ser el síntoma guía de una enfermedad, por lo que es necesario llevar a cabo un estudio multidisciplinar adecuado y precoz de las mismas.

Epidemiología y etiología

La aparición de adenopatías es un hallazgo relativamente frecuente, principalmente en su forma localizada, con una incidencia anual de aproximadamente un 0,5%¹. En la mayoría de los casos son benignas e inespecíficas. Existen múltiples causas (tabla 1). Las más frecuentes, en personas jóvenes, son las infecciosas-reactivas (con mayor frecuencia, mononucleosis infecciosa, toxoplasmosis o tuberculosis). Entre el 16-26% de las adenopatías son de etiología maligna (hematológico o de tumor sólido metastásico), siendo más frecuentes en mayores de 50 años².

Manifestaciones clínicas

Pueden ser un hallazgo casual o el síntoma guía de una enfermedad sistémica. La localización, el tamaño, el tiempo de evolución, la profesión, el contacto con animales así como la sintomatología acompañante pueden ayudar en la sospecha etiológica. El dolor y/o la lesión cutánea se relaciona con enfermedades infecciosas/reactivas/inflamatorias; el síndrome constitucional, con neoplasias; la sintomatología B (fiebre, pérdida de peso no explicada y sudación de predominio nocturno) y/o prurito, con hemopatías malignas; otras síntomas y signos acompañantes son la presencia de hepato/esplenomegalia (infecciones/hemopatías), síntomas compresivos en función del órgano afecto (tos, disfagia, disfonía, edemas).

Diagnóstico

La anamnesis y la exploración física son imprescindibles para orientar el diagnóstico³. La historia clínica debe ir dirigida principalmente a descartar procesos infecciosos (adenopatías dolorosas, inflamación) y neoplásicos (síntomas B, síndrome constitucional) (fig. 1). Es importante determinar el tiempo de evolución y la velocidad de aparición de las adenopatías. En la exploración física hay que identificar la localización, tamaño (menos de 1 cm suelen ser reactivos e inespecíficos, más de 2 cm orientan a un proceso maligno o granulomatoso), consistencia (gomosa en infecciones; dura o pétrea en neoplasia), adherencia a planos profundos y presencia o no de dolor (signo de Hoster). También se debe realizar una exploración física órgano-específica para detectar la afectación sistémica.

Estudio básico inicial

Debe incluir hemograma y frotis de sangre periférica, así como serologías (virus de Epstein-Barr, toxoplasma, citomegalovirus y virus de la inmunodeficiencia humana), principalmente si hay sospecha de infección (fig. 1). La bioquímica incluirá LDH y beta 2-microglobulina si la sospecha es de linfoma; marcadores tumorales si existe metástasis de tumor sólido; enzima convertidora de angiotensina si hay sarcoidosis; estudio de autoinmunidad (ANA, ANCA, factor reumatoide). La radiografía de tórax (escasa sensibilidad) permite descartar infiltrados pulmonares, nódulos o masa mediastínica (sarcoidosis, tuberculosis, linfoma o neoplasia sólida) (fig. 1).

Otras pruebas de imagen

Tomografía computadorizada (TC), resonancia magnética, ecografía y/o tomografía por emisión de positrones (PET)-TC⁴. La realización de las mismas está indicada en función de la sospecha diagnóstica y como estudio de extensión de una enfermedad sistémica (fig. 1).

TABLA 1

Principales causas de aparición y características de adenopatías

Adenopatías localizadas	Adenopatías generalizadas
Cervicales	Infecciosas: VIH (axilares, cervicales y occipitales); micobacterias (predominio cervical); mononucleosis infecciosa por VEB, CMV, VHS; adenovirus, estreptococos y toxoplasmosis
Anteriores: mononucleosis por VEB, CMV; infección por Bartonella henselae o toxoplasmosis	Enfermedades hematológicas: linfoma de Hodgkin, LNH, LLC, tricoleucemia, histiocitosis de células de Langerhans, amiloidosis
Posteriores: infección por VEB, TBC, enfermedad de Kikuchi, linfomas, neoplasias de cabeza y cuello	Neoplasias sólidas: metástasis de tumores primarios de cualquier localización
Occipitales: infección local, toxoplasma	Enfermedades de origen inmunitario: LES (predominio axilar, cervical e inguinal), artritis reumatoide, artritis reumatoide juvenil, dermatomiositis, síndrome de Sjögren, cirrosis biliar primaria...
Preauriculares: infección local, parotiditis, conjuntivitis	Fármacos: fenitoína es el más frecuente, pero también lo pueden provocar alopurinol, atenolol, captopril, carbamazepina, sales de oro, cefalosporinas, penicilinas, quinidina...
Retroauriculares: rubéola	Enfermedades endocrinológicas: hipertiroidismo, hipopituitarismo, hipoadrenalismo
Submentonianas/retromandibulares: infección local	Enfermedades por depósito: Gaucher, Niemann-Pick, Fabry, Tangier
Laterocervicales: enfermedad por arañazo de gato, infección local	Otras causas: enfermedad de Castleman, sarcoidosis, fiebre mediterránea familiar, hipertrigliceridemia intensa, enfermedad de Kawasaki, enfermedad de Kimura, enfermedad de Kiguchi, pseudotumor inflamatorio
Supraclaviculares: alto riesgo de malignidad. Derechas: sugiere metástasis de cáncer de esófago, mediastínico o de pulmón	
Izquierdo (Virchow): sugiere metástasis de cáncer de estómago, vejiga, páncreas, testículos, ovario...	
Axilares: infecciones. Implantes de silicona. Tumores sólidos y linfomas	
Hiliares: unilaterales → metastásicas; si bilaterales descartar sarcoidosis o TBC	
Mediastínicas y retroperitoneales: linfomas, metástasis, TBC	
Epitrocleares: infecciones locales, sífilis, tularemia, brucelosis, sarcoidosis, linfomas	
Inguinales: infección local, ETS. Cáncer	
Extremidades inferiores: infecciones locales	

CMV: citomegalovirus; ETS: enfermedades de transmisión sexual; LES: lupus eritematoso sistémico; LLC: leucemia linfática crónica; LNH: linfoma no Hodgkin; TBC: tuberculosis; VEB: virus de Epstein-Barr; VHS: virus herpes simple; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5681530>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5681530>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)