

### Caso Clínico

#### Adenopatía en una adolescente

Flor Pérez González, Verónica López García, Beatriz Estalayo Gutiérrez, Marina Sobreviela Albacete, Rocío Ibáñez del Castillo

Centro de salud José María Llanos.

Mujer de 16 años que consulta por “bulto” cervical de 1 mes de evolución, doloroso, con crecimiento rápido y llamativo en última semana. Astenia. Estudiante, sin antecedentes familiares y personales de interés. Niega hábitos tóxicos. Correctamente vacunada para su edad. Exploración: consciente y orientada, bien hidratada y profunda, boca y piezas dentarias sin alteraciones significativas, orofaringe y otoscopia sin alteraciones, no nódulos ni alteración tiroidea a la palpación, no hipertrofia paratiroidea ni aumento de glándulas submaxilares. Masa en cadena lateral cervical derecha de más de 1 cm de tamaño, consistencia firme, discretamente dolorosa a la palpación y móvil, sin signos inflamatorios aparentes. No adenopatías palpables en otras cadenas ganglionares. Abdomen sin masas ni megalias. Auscultación cardiopulmonar normal. Dada la consistencia, tamaño y rápido crecimiento, solicito analítica completa de sangre con serología, y decido realizar ecografía en consulta como complemento a la exploración y así poder valorar en tiempo real.

#### ECOGRAFIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Ecografía cervical sin preparación de la paciente, exploración con sonda lineal: tiroides de tamaño y ecogenicidad normal (Figura 1).

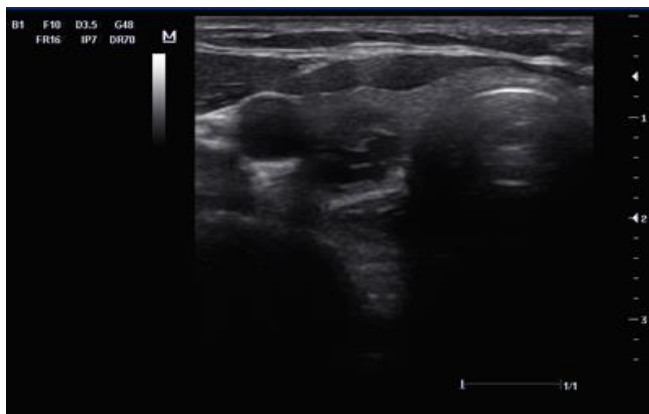


Figura 1

En región cervical postero-lateral derecha, donde la paciente presenta la lesión palpable, se identifica adenopatía de 189x10x21 milímetros adenopatía de menor tamaño adyacente. (Figura 2)

En región submaxilar derecha, adenopatía en límite alto de la normalidad de 10 mm de eje corto (Figura 3).

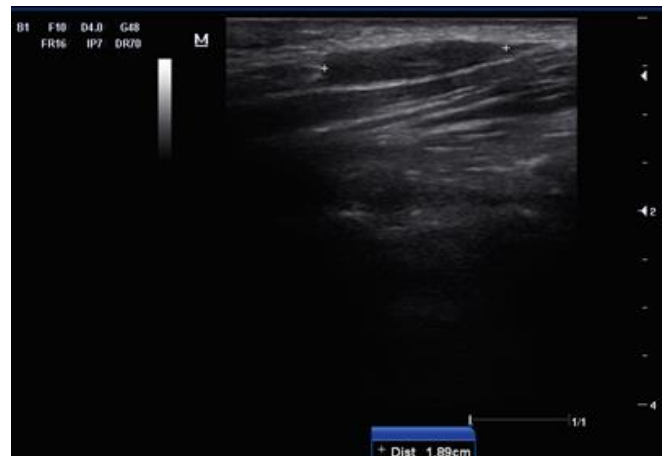


Figura 2

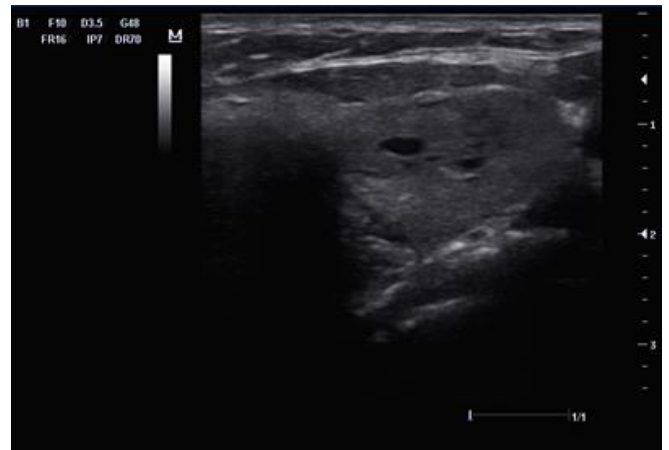


Figura 3

Solicitamos valoración del caso a Otorrinolaringología (ORL) de referencia, al que enviamos las imágenes ecográficas obtenidas en centro de salud.

ORL solicita Eco-Paaf (punción aspiración con aguja fina guiada por ecografía) con carácter preferente por sospecha de malignidad.

Resultado de analítica realizada en Atención Primaria: hematíes  $4.37 \times 10^6/\mu\text{l}$ , hemoglobina 14.2gr/dl, hematocrito 40.3, V.C.M. 92.2 fl, H.C.M. 32.4 pg, leucocitos

9.84x 10E3/ul, linfocitos 5 x10E3/ul, neutrófilos% 3.7, linfocitos% 50.3, monocitos %6.7, eosinófilos %2.4, basófilos %0.8, células no identificadas% 2.30, plaquetas 220 x10E3/ul, glucosa 86 mg/dl, creatinina 0.76mg/dl, filtrado glomerular estimado >90 ml/min/1.73m<sup>2</sup>, ácido úrico 4.6mg/dl, colesterol total 162 mg/dl, triglicéridos 102mg/dl, colesterol-HDL 46 mg/dl, colesterol -LDL 96 mg/dl, albúmina 3.9 g/dl, bilirrubina total 0.4 mg/dl, GPT(ALT) 13U/L, GGT 12 U/L, sodio 141 mmol/L, potasio 4.3 mmol/L, calcio 9.7 mg/dl, fósforo 4.4 mg/dl.

Serología :Epstein-Barr :Ac VCA Ig M negativo, **Serología de toxoplasmosis : Toxoplasma Ac Ig G positivo, Ac Ig M positivo, Ig G alta avidéz, compatible con contacto reciente con Toxoplasma gondii.** CMV: Ac Ig G positivo, Ig M negativo .

Informe de Eco-PAAF: PAAF de lesiones palpables en órganos superficiales, realización de la punción en consulta.

- DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA: Se realiza punción aspiración de nódulo palpable latero cervical derecho obteniéndose 8 extensiones en seco y 2 en alcohol y un lavado de la aguja.

- DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA: Se observa celularidad linfoide polimorfa con histiocitos con cuerpos tingibles y linfocitos que varían de forma y tamaño sin observarse eosinófilos ni granulomas.

- DIAGNÓSTICO ANATOMOPATÓLOGICO: PAAF de ganglio latero cervical : Sugestivo de linfadenitis reactiva

De no observarse agente casual y persistir la adenopatía se recomendaría extirpación para su correcta tipificación si clínicamente está indicado.

Con los datos serológicos y Paaf , el diagnóstico es de Toxoplasmosis y solicitan control analítico y ecográfico en 6 meses. En las siguientes revisiones, la adenopatía ha ido disminuyendo lentamente de tamaño y la paciente se encuentra asintomática en la actualidad.

## COMENTARIO

Aunque en Atención Primaria la causa más frecuente de adenopatía es la de origen infeccioso o reactiva, en este caso, por el tamaño, consistencia y tiempo de evolución, el reto como médico de familia era identificar posible malignidad. La tumoración cervical es proceso importante que requiere actitud adecuada y precisa, aunque de etiología múltiple, lo fundamental en nuestra paciente era descartar: linfoma de Hodgkin (neoplasia más frecuente según el rango de edad de la paciente y localización de la adenopatía).

La toxoplasmosis se encuentra en seres humanos a nivel mundial y en muchas especies de animales y aves, también vive en gatos. En humanos el contagio puede deberse a: transfusión sangre o trasplante, manejo excrementos gato, ingesta tierra contaminada, comer carne cruda o mal cocida de cordero, cerdo o res. Los síntomas, si hay, aparecen 1-2 semanas tras contacto y son fundamentalmente: inflamación ganglios linfáticos en cabeza y cuello, dolor cabeza, fiebre, dolor muscular, dolor garganta, enfermedad leve semejante a mononucleosis.

En nuestro caso disponer de ecografía en AP, permiti-

tió mejorar rendimiento de exploración tradicional y evitó listas de espera y retraso en diagnóstico de patología potencialmente grave, mejorando la capacidad resolutive.

## MANEJO DE LAS MASAS CERVICALES EN ATENCIÓN PRIMARIA

### ¿De qué hablamos?

El nódulo o masa cervical constituye un importante motivo de consulta en patología de cabeza y cuello, tanto en Atención Primaria como en urgencias hospitalarias. Cuando un paciente consulta por la aparición de una tumoración cervical, hay que tener presente que puede tratarse de una patología importante, que requiere una actitud diagnóstica y terapéutica precisa llevada a cabo por un equipo multidisciplinario. Las masas cervicales aparecen en localizaciones específicas predecibles en los distintos grupos de edades, lo que permite desarrollar un algoritmo diagnóstico y un plan de manejo para el paciente que se presenta con esta patología.

### ¿Cómo se diagnostica una masa cervical?

Una correcta historia clínica aporta gran cantidad de información útil. Un interrogatorio minucioso tiene como fin distinguir las tumoraciones adenopáticas de las no adenopáticas, y dentro de las primeras, las inflamatorias de las neoplásicas. En la anamnesis hay varios aspectos importantes a considerar.

**Edad.** El primer aspecto a considerar es la edad del paciente. Se recomienda considerar tres grupos de edades: grupo pediátrico (< 15 años), grupo adulto joven (16-40 años) y grupo adulto mayor (> 40 años). Más del 60% de las tumoraciones cervicales en mayores de 40 años lo constituyen las neoplasias malignas (sobre todo carcinoma epidermoide), mientras que en jóvenes y niños más del 80% de los tumores cervicales son benignos. La frecuencia de distribución de masas cervicales en los grupos menores de 40 años es, en primer lugar, de origen inflamatorio, en segundo lugar, de causa congénita y en último lugar las neoplasias. En el grupo de adultos jóvenes, comparado con el grupo pediátrico, aumenta la frecuencia de neoplasias y disminuye la frecuencia de causas congénitas. En el grupo adulto mayor, la primera causa a considerar debe ser siempre la neoplásica, siendo menor la causa inflamatoria y mucho menor la causa congénita. (Tabla 1).

### Antecedentes personales.

- Traumatismos.
- Patología odontogénica y de vía aérea superior previa.
- Antecedentes neoplásicos.
- Cirugías cervicales previas.
- Ocupación laboral.
- Contacto con animales (mordeduras, arañazos).
- Viajes recientes.
- Factores de riesgo (alcohol y tabaco, drogas).
- Consumo de fármacos (alopurinol, atenolol, carbamazepina, penicilina, sales de oro, hidralazina).

**Tabla 1. Grupos de patología más frecuentes distribuidos por edades**

Menor de 15 años	Entre 16-40 años	Mayor de 40 años
<b>Inflamatoria</b> (linfadenopatía reactiva secundaria a viriasis) -Patología congénita (el quiste del conducto tirogloso es la segunda causa de tumores cervicales en este grupo de edad) Neoplasias malignas Patología benigna	<b>Inflamatoria</b> Patología congénita Neoplasias benignas Neoplasias malignas	<b>Neoplásica</b> Neoplasias benignas Inflamatoria Patología benigna Patología congénita

**Antecedentes familiares.** Algunas masas cervicales tienen carácter familiar. En tumores laterales (quemodectomas, paragangliomas) o centrales (bocio, carcinoma medular de tiroides).

**Evolución.** La aparición brusca de una masa cervical en relación a un cuadro infeccioso común del aparato respiratorio alto hace suponer que se trata de una adenopatía secundaria a este cuadro. Un nódulo cervical con signos inflamatorios de larga evolución y persistente, fistulizado a la piel, hace suponer una infección crónica, como tuberculosis. Grandes nódulos asintomáticos o masas cervicales congénitas orientan hacia entidades como higromas quísticos, hemangiomas cavernosos, quistes branquiales o del conducto tirogloso.

**Compromiso del estado general.** Síntomas y signos como fiebre, anorexia, astenia, sudoración, palpitaciones o temblor pueden ser manifestaciones de una enfermedad sistémica (cáncer, sarcoidosis, septicemia) o local (hipertiroidismo, tiroiditis subaguda, absceso cervical).

**Presencia de dolor.** Siendo un síntoma inespecífico se asocia con más frecuencia a procesos inflamatorios o infecciosos. Las lesiones tumorales pueden hacerse dolorosas cuando infiltran otros tejidos (nervios) o cuando se necrosan.

**Síntomas asociados.**

- Disfonía secundaria a una masa que comprima el nervio laríngeo recurrente (adenopatía metastásica, absceso cervical, bocio) o a un cáncer laríngeo.
- Disfagia secundaria a un cáncer esofágico.
- Prurito (enfermedades linfogranulomatosas, LLC y algunos linfomas). El enrojecimiento, dolor y edema de la región submaxilar que coincide con las comidas es típico de submaxilitis.

**Exploración física**

La palpación cervical es una maniobra fundamental. Debe ser realizada de forma reglada, de manera bimanual, colocados detrás del paciente, teniendo éste la cabeza en posición de mirando al frente y relajado. Debemos valorar:

**Número y tamaño de las masas.** Si se detectan múltiples masas, más probablemente corresponderán a adenopatías. El tamaño es un signo inespecífico, ya que tanto enfermedades neoplásicas malignas como de otra índole pueden presentar diversos tamaños y variaciones en el tiempo. Deberá descartarse la existencia de adenomegalias en otros territorios ganglionares (axilar, inguinal...),

que orientará a un proceso sistémico.

**Características.**

- Dura/blanda/elástica.
- Redondeada o no.
- Bien delimitada o infiltrante.
- Dolorosa o indolora.

**Localización.** La localización de una masa cervical juega un papel clave en su diagnóstico diferencial. La forma más sencilla de dividir el cuello es en dos triángulos, anterior y posterior, separados por el músculo esternocleidomastoideo. El cuello se divide en triángulos más pequeños; el triángulo cervical posterior está limitado anteriormente por el borde posterior del músculo esternocleidomastoideo, posteriormente por el borde anterior del trapecio muscular, e inferiormente por la clavícula. El triángulo posterior se subdivide en triángulo occipital y triángulo supraclavicular. Los límites del triángulo cervical anterior son la línea media del cuello, el borde inferior de la mandíbula por arriba, y el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo posteriormente. A su vez, el triángulo anterior se divide en: triángulo submandibular, triángulo submentoniano, triángulo carotídeo y triángulo muscular.

La localización de la masa nos aporta datos sobre su posible etiología. Las masas que más frecuentemente se ubican en la línea media son los quistes del conducto tirogloso, los quistes dermoides, las adenopatías submentonianas, y los nódulos tiroideos. En una localización lateral podemos encontrar quistes branquiales, paragangliomas, lesiones por *Mycobacterium tuberculosis* y otros *Mycobacterium* atípicos, tumores del cuerpo carotídeo, adenopatías de la cadena yugular interna o del nervio accesorio y linfomas.

La ubicación de la masa en el cuello en una zona linfática particular, también proporciona al médico una idea del sitio de origen de un proceso neoplásico o inflamatorio (tabla 2).

**Tabla 2. Posibles diagnósticos según localización**

	Congénitas	Inflamatorias	Neoplásicas
<b>Línea Media</b>	Quiste Tirogloso Quiste dermoide	Adenitis infecciosa Adenitis granulomatosa	Neoplasia de tiroides Linfoma
<b>Triángulo anterior</b>	Quiste branquial Tumor vascular	Adenitis infecciosa Submaxilitis Adenitis granulomatosa	Mt de tumores Primarios Tumores de la glándula submaxilar Linfoma Paraganglioma Tumor neurogénico Tumor vascular
<b>Triángulo Posterior</b>	Linfangioma	Adenitis infecciosa Adenitis granulomatosa	Linfoma Metástasis de nasofaringe y cuero cabelludo
<b>Cualquier localización</b>	Lipomas Quistes sebáceos Quistes epidérmicos		

Tabla 2.

La mayoría de las veces la anamnesis y el examen físico permiten englobar la masa cervical en algún grupo etiológico general, ya sea vascular, salival, inflamatorio, congénito, neoplásico, etc. Ocasionalmente es necesario continuar con exploraciones complementarias. Cuando existe la sospecha clínica de una adenopatía inflamatoria y el resto del examen físico es negativo es posible hacer

una prueba clínica con antibióticos, antiinflamatorios y observar la evolución, sin que exceda el tratamiento y observación de dos semanas. Si la masa persiste o aumenta de tamaño debe continuarse el estudio con pruebas complementarias

### Pruebas complementarias

**Punción aspirativa con aguja fina (PAAF):** *gold standard* para la evaluación histológica de un paciente con una masa cervical. Barata, rápida y con una sensibilidad entre un 77-95% y una especificidad del 93-100%. Si la citología es negativa y la sospecha es de malignidad está indicada su repetición. Nunca debe realizarse ante la sospecha de una masa de origen vascular.

**Biopsia:** tiene unas indicaciones muy precisas, debido al riesgo de diseminación tumoral y la morbilidad que supone. Da el diagnóstico de certeza. Resultado de la biopsia como "linfadenopatía reactiva" pero existe sospecha de enfermedad sistémica o tumoral: reevaluar el diagnóstico, un 20% de las biopsias negativas pueden ser linfomas, carcinomas, conectivopatías o infecciones si se repite la biopsia.

**Pruebas de imagen:** se usan de manera habitual para definir la localización exacta de la masa cervical y otras características de la enfermedad asociada a dicha masa. El TAC y la RMN pueden usarse de manera complementaria.

**TAC:** es probablemente la prueba de imagen más usada por su disponibilidad, rapidez, relativo bajo coste y buena resolución espacial.

**RNM:** ofrece ventajas sobre el TAC para la evaluación de tejidos blandos y en el caso de tumoraciones vasculares.

**Ecografía cervical:** es un estudio rápido, no invasivo y barato que nos da una orientación diagnóstica sobre procesos benignos, inflamatorios, vasculares o tumorales y una buena evaluación de la patología tiroidea.

**Angiografía:** para tumores de estirpe vascular, tanto para su diagnóstico como para su evaluación pre quirúrgica.

**PET:** estudio funcional usado fundamentalmente en la detección de un tumor primario desconocido.

**Gammagrafía tiroidea:** algunos autores la recomiendan en caso de sospecha de quiste del conducto tirogloso. En el 45% de los casos se encuentra tejido tiroideo funcional en el quiste, y en un 1-2% de los casos se puede encontrar una glándula tiroidea ectópica. Si se extirpa el quiste junto con la tiroidea ectópica, todo el tejido tiroideo funcional se encontraría dentro del espécimen y por tanto se requeriría tratamiento con hormona tiroidea.

### Pruebas de laboratorio:

- Mantoux, si se sospecha tuberculosis.
- Serologías (virus ebstein-varr, citomegalovirus, sífilis, toxoplasmosis, VIH).
- Determinaciones bioquímicas (calcio sérico si se sospecha de patología paratiroidea).
- Determinaciones hormonales (hormonas tiroideas) o marcadores tumorales.

### ¿Cómo se trata?

Tratamiento de la causa. No está indicado el tratamiento antibiótico ni con corticoides empíricos

### BIBLIOGRAFÍA

- *García Alcántara F. Protocolo diagnóstico de las adenopatías cervicales. Medicine. 2007;9(91):5904-7.*
- *Laso F. Adenopatía, esplenomegalia. En: Laso Guzmán FJ, director. Diagnóstico diferencial en medicina interna. 3ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013. p. 313-8.*
- *Raluy Domínguez J, Meleiro Rodríguez L. A partir de un síntoma. Adenopatías. AMF. 2011;7(4):218-22.*
- *Redondo Sánchez J. Actitud ante una linfadenopatía localizada. Jano. 2009;1752:31-3.*
- *Schmidt, Günter. Ecografía: De la imagen al diagnóstico. Ed. Médica Panamericana, 2007 ;18:412-27, 19:425-27.*
- *Blando, Alejandro. Ecografía de cuello: rol de otros métodos por imágenes. Vol. 1. Roldán, 2011*
- *Bravo, Teodoro Carrada. "Toxoplasmosis: parasitosis reemergente del nuevo milenio." Revista Latinoamericana de Patología Clínica y Medicina de Laboratorio 52.3 (2005): 151-162.*