

ENFOQUE DIAGNÓSTICO DE ADENOPATÍAS EN ADULTOS EN APS

Autor: Dra. Constanza Inostroza Q., Residente Medicina Familiar PUC

Editor: Dra. Loreto González Vega, Docente del departamento de Medicina Familiar

Fecha: 05 de Noviembre 2019

Resumen de portada:

Tanto la consulta por adenopatías, como su hallazgo incidental en APS es muy frecuente y a menudo implica un desafío dado su extenso diagnóstico diferencial. En este artículo revisaremos un enfoque diagnóstico práctico para su evaluación en población adulta.

Palabras clave: adenopatías, APS, Medicina Familiar

Introducción

Las adenopatías son un motivo frecuente de consulta o hallazgo en APS. Existen pocos estudios sobre su incidencia y etiología, ya que la gran mayoría son auto limitadas y no se reportan.¹ Un estudio señala que en el 90% de los casos se llega a un diagnóstico etiológico en APS y solo un 10% se deriva, siendo la principal preocupación la posibilidad de una malignidad subyacente.² Un estudio³, con 11284 pacientes, comparó el riesgo de cáncer hematológico y de órgano sólido en pacientes con diagnóstico de adenopatía en su ficha clínica con un seguimiento de 4-7 años versus el riesgo en población general. Los pacientes con adenopatías tenían 20 veces más riesgo de tener diagnóstico de cáncer en el primer año de seguimiento (RR 21.1 (IC 95% 20-22.3) y este riesgo se mantenía elevado en un 40% luego del año de seguimiento (RR 1.4 (IC 95% 1.3-1.5)), estandarizado por sexo y edad.

El diagnóstico diferencial de las adenopatías es muy amplio, podemos agruparlas en 5 grupos principales⁴. (Tabla1)

Tabla 1. Clasificación de principales causas de las adenopatías⁴

Malignas	Cáncer de cabeza y cuello, metástasis, linfoma, leucemia, etc.
Infecciosas	Inespecíficas (adenopatías reactivas benignas), bacterianas (faringitis estreptocócica, infecciones cutáneas, sifilis, TBC), virales(VIH, VEB) y parásitos como toxoplasmosis.
Autoinmune	Lupus eritematoso sistémico, Artritis reumatoide, Dermatomiositis, etc.
Misceláneas	Sarcoidosis, Amiloidosis, Kawasaki, etc.
Iatrogénicas	Reacciones medicamentosas.

Notas: TBC: Tuberculosis, VIH: Virus de inmunodeficiencia humana, VEB: Virus Epstein Barr. Tabla de elaboración propia

De acuerdo con distintos estudios revisados^{2,5,6}, el diagnóstico más frecuente fue el de linfadenopatías reactivas benignas (30-58%), seguido por infecciones específicas (VEB, toxoplasmosis, VIH, TBC, enfermedad por arañazo de gato), luego enfermedades malignas (2/3 enfermedades linfoproliferativas) y finalmente las causas inmunológicas, misceláneas y iatrogénicas.

Aproximación inicial

La mayoría de las veces solo una acabada historia clínica y el examen físico nos llevará al diagnóstico.^{2,4,7-10} Dentro de los antecedentes personales, es importante la edad, los hábitos como

el uso de alcohol, tabaco, exposición a radiación UV, conductas sexuales, uso de drogas endovenosas, medicamentos, exposición a gatos, consumo de carne cruda o lácteos no pasteurizados, antecedente de viajes recientes, inmunización, contactos de enfermedades infecciosas como TBC y finalmente los antecedentes familiares

Respecto al cuadro clínico, aspectos importantes a indagar son el tiempo de evolución, síntomas sistémicos que sugieran enfermedades autoinmunes como presencia de rash, artralgias, debilidad muscular; síntomas de origen infeccioso como fiebre, calofríos, fatiga; y descartar síntomas B del Linfoma de Hodgkin (LH), es decir, fiebre prolongada, sudoración nocturna y baja de peso mayor al 10% en 6 meses, que también pueden estar presentes en TBC y otras neoplasias.

En el examen físico lo primero es definir la o las regiones comprometidas, examinar sus zonas de drenaje, evaluar simetría y luego definir las características de la adenopatía: presencia de dolor, consistencia dura, gomosa o blanda, adherencia y movilidad y su tamaño. En general, las infecciones virales se caracterizan por tener adenopatías blandas, bilaterales, simétricas, dolorosas y móviles. Aquellos linfonodos que son indoloros, duros o gomosos, adheridos a tejido o que forman conglomerados, sugieren neoplasias o TBC. Si todo lo anterior no orienta a un diagnóstico, se sugiere hacer examen físico completo, especialmente piel e hígado y bazo.

El diagnóstico de las adenopatías localizadas (solo una región comprometida), generalmente se podrá hacer al encontrar alteración en sitio de drenaje, por ejemplo, adenopatía occipital con signos de tiña capitis. Otras veces se requerirá de examen confirmatorio como serología de sífilis en una adenopatía inguinal con lesión compatible con chancre. En cambio, en las generalizadas (2 o más regiones), el diagnóstico va a estar dado por los síntomas y signos acompañantes y en su mayoría van a requerir exámenes para confirmarlas.

Evaluación de riesgo

Distintos estudios^{2,5,6,11,12}, han buscado desarrollar modelos predictivos para discriminar qué pacientes se beneficiarían de ser sometido a biopsia de una adenopatía, sin embargo, no existe ninguno validado ni con evidencia de calidad. A pesar de ello, se pueden encontrar variables que se repiten dentro de estos estudios, asociadas a un aumento del riesgo de malignidad y de enfermedades granulomatosas de forma significativa (Tabla 2)

Tabla 2. Factores de riesgos para origen maligno de adenopatías.

Factores de riesgo de adenopatías

Edad mayor a 40 años

Características sospechosas del linfonodo: duro, indoloro, > 4 cm.

Linfonodo no regresa a basal después de 8 a 12 sem

Supraclavicular /Infraclavicular

Signos sistémicos: fiebre, sudoración nocturna, baja de peso, equimosis, hepatoesplenomegalia, prurito generalizado

Nota: Extraído de Gaddey HL. Unexplained Lymphadenopathy: Evaluation and Differential Diagnosis. Am Fam Physician. 2016; 94(11). 897-903

Las imágenes son útiles en pacientes asintomáticos o con síntomas inespecíficos y sin factores que orienten a malignidad. La más utilizada es la ecotomografía. Es un examen inocuo, sin radiación y económico. No tiene una caracterización estandarizada, pero existen características que orientan a malignidad (Tabla 3). La ecotomografía-Doppler tiene una sensibilidad de 83-89% y especificidad de 87-98% para distinguir linfonodos malignos de benignos, y siempre debe ser evaluada junto con la historia clínica.¹³⁻¹⁷

Tabla 3. Características ecográficas que permiten distinguir adenopatías malignas de benignas

	Borde	For ma	Razón L/S	Hilio	Ecoge nicida d	Cambios estructur ales	Distribución flujo	RI	PI
Benigno	Afilado, nítido	Ovalado	>2	Presente	Hipoec oico	Ausente	Hiliar	≤0.7	≤1.4
Maligno	Afilado s, irregul ares Borros os	Red ond ead	<2	Ausent e	Hipoec oico Hiperc oico	Necrosis intranodal, calcificacio nes, conglomera ción, edema perinodal	Periférico/pa renquimatoso o mixto	>0.7	>1.4
Observación	No es buen predict or por sí sólo	S y 95% FP: y en <1 cm	E TBC E 89% FP: TBC	S 84% E 89%	No es buen predict or por sí sólo	Signos sugerente s de malignidad o TBC	S 83% E 98% S 86% E 70%	S 80% E 86%	

Notas: Razón L/S: Relación entre eje longitudinal/axial, RI: índice resistencia, PI: índice pulsatilidad. Tabla de elaboración propia

Enfoque diagnóstico y manejo

Luego de realizar la historia, examen físico, podemos caracterizar la adenopatía en uno de los siguientes grupos:^{1,4,18,19}.

- **Adenopatía por enfermedad benigna:** en este caso se confirma el diagnóstico, se realiza tratamiento si es que lo requiere y/o se hace seguimiento hasta resolución. En caso de que su etiología sea de resort de especialista, es necesario hacer derivación a nivel secundario. Si luego de 4 semanas de seguimiento de una enfermedad autolimitada esta no vuelve a su basal, se continua estudio como sospechosa de malignidad.
- **Adenopatía con sospecha de malignidad:** si posee factores de riesgo detallados en la Tabla 2. Se debe derivar para biopsia con o sin imágenes (no retrasar diagnóstico).
- **Adenopatía de causa inexplicada:** Se recomienda no indicar tratamiento antibiótico ni corticoidal empírico porque retrasa el diagnóstico de enfermedad neoplásica y hacer estudio según si es localizada o generalizada. En el primer caso se puede observar por hasta 4 semanas o solicitar hemograma-VHS, buscando signos de infección o de neoplasias, y ultrasonido. En las adenopatías generalizadas, solicitar hemograma-VHS, radiografía de tórax, buscando ensanchamiento mediastínico, test para VIH, sífilis y ultrasonido. Si son negativos, se puede solicitar test para TBC, Anticuerpos anti nucleares (ANA), Factor Reumatoide (FR), serología VEB, Serología de virus hepatitis B (HBsAg).

Conclusiones

La mayoría de las veces solo la historia, antecedentes personales y examen físico nos dará el diagnóstico de la adenopatía y en su gran mayoría serán causas benignas. En el caso de adenopatías regionales, podemos encontrar la causa examinando el sitio de drenaje y en las generalizadas indagando en los síntomas acompañantes.

Estudios permiten reconocer variables que se relacionan con necesidad de biopsia: Edad >40 años, localización supraclavicular, tamaño >4 cm, consistencia dura, ausencia de dolor, prurito generalizado y LAP generalizada.

Las imágenes son útiles cuando la historia y examen físico no orienta a diagnóstico ni a malignidad. La ecotomografía es un buen método para distinguir entre linfonodos malignos y benignos cuando son interpretados juntos con la historia clínica.

Ante adenopatías inexplicadas es importante buscar la causa y no hacer tratamientos empíricos ya que puede retrasar el diagnóstico de alguna enfermedad de base.

Referencias

1. Freeman AM. Adenopathy. [Updated 2019 May 10]. In: StatPearls. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513250/>
2. Fijten GH. Unexplained lymphadenopathy in family practice. An evaluation of the probability of malignant causes and the effectiveness of physicians' workup. *J Fam Pract.* 1988;27(4): 373-376.
3. Frederiksen. Lymph node enlargement and risk of haematological and solid cancer. *British Journal of Haematology*, 2013;160, 599–607.
4. Gaddey HL. Unexplained Lymphadenopathy: Evaluation and Differential Diagnosis. *Am Fam Physician.* 2016; 94(11). 897-903.
5. Chau I. Rapid access multidisciplinary lymph node diagnostic clinic: analysis of 550 patients. *British Journal of Cancer* (2003). 88,354–361.
6. Verbrugge FH. Lymph node biopsies in a General Internal Medicine Department: Algorithm or individualized Decision-making? *Acta Clinica Belgica*, 2011;66-4
7. Jones JL. Risk factors for Toxoplasma gondii infection in the United States. *SO Clin Infect Dis.* 2009;49(6):878.
8. Ferrer RL. Evaluation of peripheral lymphadenopathy in adults. UpToDate. Literature review current through: May 2019.
9. Pangalis GA. Clinical approach to lymphadenopathy. *Semin Oncol* 1993; 20:570.
10. Mantur BG, Review of clinical and laboratory features of human brucellosis. *Indian J Med Microbiol.* 2007;25(3):188
11. Vassilakopoulos TP, Pangalis GA. Application of a Prediction Rule to Select which Patients Presenting with Lymphadenopathy Should Undergo a Lymph Node Biopsy. *Medicine (Baltimore).* 2000;79:338-47.
12. Tokuda Y. Assessing the Validity of a Model to Identify Patients for Lymph Node Biopsy. *Medicine* 2003; 82,414-18
13. Dudea SM. Ultrasound of superficial lymph nodes: benign vs. Malignant., *Med Ultrason* 2012, 14(4),294-306
14. Na DG. Differential diagnosis of cervical lymphadenopathy: usefulness of color Doppler sonography. *Am J Roentgenol.* 1997;168:1311-6.
15. Van den Brekel MW. The size of lymph nodes in the neck on sonograms as a radiologic criterion for metastasis: how reliable is it? *Am J Neuroradiol* 1998;19:695–700.
16. Ahuja AT. Ultrasound of malignant cervical lymph nodes. *Cancer Imaging* 2008;8:48-56.
17. Steinkamp HJ. Cervical lymphadenopathy: ratio of long- to short-axis diameter as a predictor of malignancy. *Br J Radiol.* 1995 Mar;68(807):266-70.
18. Habermann TM, Steensma DP. Lymphadenopathy. *Mayo Clin Proc.* 2000; 75(7): 723-732.
19. Mohseni S. Peripheral lymphadenopathy: approach and diagnostic tools. *Iran J Med Sci* 2014; 39 Suppl 2: 158-170.