

## Estudio de una linfadenopatía

12/12/2003 **Guías Clínicas 2003; 3 (32)**

Elaborada con opinión de médicos y revisión posterior por colegas  
Conflicto de intereses: Ninguno declarado

**Autoras:** **María del Rosario Navas Almodóvar, Laura Riera Táboas.** Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria C. Salud "18 de Julio" y C. Salud Sárdoma. Vigo

### Contenido:

- ¿De qué hablamos?
- Las causas mas frecuentes de linfadenopatías
- ¿Cómo se diagnostica?
- Algoritmo de manejo

### ¿De qué hablamos?

Hablamos de linfadenopatía cuando existe una anomalía en el tamaño, consistencia o número de los nódulos linfáticos, causada por la invasión ó propagación de células inflamatorias ó neoplásicas dentro del nódulo. Los nódulos o ganglios linfáticos son los órganos con más capacidad de reacción del sistema inmune. Pueden ser:

- Localizadas (el 75% del total): Sólo afectación de un área anatómica.
- Generalizadas (el 25% restante): 2 ó más áreas NO contiguas afectadas.

### Las causas mas frecuentes de linfadenopatías son:

A.- Enfermedad maligna: La probabilidad de malignidad aumenta con la edad y es la causa del 1,1% de las adenopatías inexplicables. Las adenopatías que duran menos de 2 semanas ó más de 1 año sin crecer tienen muy pocas probabilidades de ser malignas. La localización supraclavicular es la que tiene mayor riesgo de malignidad (90% en > 40 años y 25% en < 40 años). Son causas de adenopatía maligna:

| ETIOLOGÍA  | CLÍNICA   | DIAGNÓSTICO  |
|--|---|--|
| <b>HEMATOLÓGICA</b>  |   |  |
| LINFOMAS (Hodgkin y No Hodgkin)  | Fiebre, escalofríos, sudoración nocturna, pérdida de peso ó asintomático.<br>Hodgkin: Adenopatías periféricas en un territorio ganglionar, supraclavicular, axilar ó inguinal.<br>NO Hodgkin: Adenopatías en distintos territorios. | Biopsia del nódulo   |
| LEUCEMIAS (Aguda Linfoblástica, Aguda No Linfoblástica, Linfática Crónica, Mieloide Crónica) | Discrasias sanguíneas, hepato esplenomegalia...   | Fórmula leucocitaria, biopsia de médula ósea.<br>LMC: Cromosoma Filadelfia |
| <b>METASTÁSICA</b>   |   |  |
| MELANOMA   | Lesión cutánea  | Biopsia de la lesión   |
| SARCOMA DE KAPOSI  | Lesión cutánea característica ó ninguna   | Biopsia de la lesión   |
| MAMA, PULMÓN, PRÓSTATA...  | Varía según la localización del tumor primario  | Biopsia ganglionar, estudios complementarios                               |
| Otras: Histiocitosis maligna...  |   |  |

B.- Enfermedad Infecciosa:

| ETIOLOGÍA   | CLÍNICA  | DIAGNÓSTICO  |
|---|--|--|
| <b>BACTERIANA</b>   |  |  |
| Infección Estreptocócica (Infección amigdalar más frecuente)                  | Fiebre, escalofríos, odinofagia, exudados amigdalares, adenopatías submandibulares y laterocervicales. | Cultivo exudado faríngeo, clínica                                      |
| Infección Estafilocócica (Infección cutánea)                                  | Vesículas, eritema, costra amarillenta, adenopatías en la región de drenaje de la infección.           | Cultivo exudado cutáneo, clínica                                       |
| Tuberculosis pulmonar ( <i>Mycobacterium tuberculosis</i> )                   | Fiebre, escalofríos, sudoración nocturna, hemoptisis, exposición...                                    | PPD, Cultivo de esputo, RX tórax                                       |
| Fiebre tifoidea ( <i>Salmonella Typhi</i> )                                   | Fiebre, escalofríos, diarrea sanguinolenta, hipertrofia ganglionar múltiple.                           | Hemocultivo  |
| Sífilis ( <i>Treponema Pallydum</i> )   | Rash indoloro, ulceraciones, adenopatía indolora inguinal en la 1ª y múltiples en la 2ª                | 1ª) Inmunofluorescencia directa<br>2ª) Pruebas serológicas, VDRL y RPR |
| Linfogranuloma venéreo ( <i>Chlamydia Trachomatis</i> )                       | Promiscuidad sexual, linfadenopatía dolorosa   | Inmunofluorescencia directa, cultivo de exudados                       |
| Enfermedad del arañazo de gato ( <i>Rochalimaea Hensleae</i> )                | Antecedente de arañazo ó mordedura de gato, linfadenitis regional                                      | Historia clínica + Biopsia ganglionar                                  |
| Brucelosis ( <i>Brucella</i> )  | Alimentos lácteos contaminados, fiebre, malestar general, adenopatías en distintas localizaciones...   | Hemocultivos, serología  |
| Otras: <i>Yersinia, Pasteurella...</i>  |  |  |
| <b>VÍRICA</b>   |  |  |
| Mononucleosis Infecciosa (VEB)  | Fiebre, escalofríos, malestar general, esplenomegalia...   | Fórmula leucocitaria + Hemograma, Monospot, Serología VEB              |
| Citomegalovirus   | Hepatitis, neumonitis o asintomático (Síndrome Mononucleósico)   | Ac CMV látex, PCR CMV  |
| VIH   | Enfermedad Influenza-like, ganglios más comúnmente afectados: occipitales, cervicales y axilares.      | RNA VIH  |
| Hepatitis Infecciosa (VHA, B, C, D, E)  | Fiebre, escalofríos, náuseas, vómitos, ictericia...  | Serología hepatitis, tests de función hepática                         |
| Rubéola   | Rash, fiebre, escalofríos, adenopatías retroauriculares, cervicales y occipitales.                     | Serología rubéola  |
| <b>FÚNGICA: <i>Coccidioidomycosis, Histoplasmosis...</i></b>                  |  |  |
| <b>PARASITARIA: <i>Toxoplasmosis, Tripanosomiasis, Microfilariasis...</i></b> |  |  |

C.- Enfermedad Inmunológica

| ETIOLOGÍA   | CLÍNICA  | DIAGNÓSTICO   |
|---|--|---|
| Lupus eritematoso   | Artritis, nefritis, pérdida de peso, rash, anemia...       | Clínica, AcANA, VSG, fórmula leucocitaria y hemograma.  |
| Artritis Reumatoide   | Artritis simétrica, rigidez matutina, fiebre, astenia...   | Clínica, RX, FR, VSG, fórmula leucocitaria y hemograma. |
| Dermatomiositis   | Cambios cutáneos, debilidad muscular proximal...           | EMG, CPK sérica, biopsia de músculo.                    |
| Síndrome de Sjögren   | Queratoconjuntivitis, enfermedad renal, vasculitis...      | Test de Schirmer, biopsia de labio, VSG.                |
| Linfadenopatía angioinmunoblástica (Reacción a Fármacos)  | Normalmente linfadenopatías asintomáticas y generalizadas. | Antecedente de toma de ciertos fármacos (*)             |
| Otras: Cirrosis biliar primaria, Enfermedad de Still.   |  |   |
| (*) Fármacos más habituales: Alopurinol, Atenolol, Captopril, Carbamacepina, Hidralacina, Fenitoína, Primidona, Sales de Oro, Penicilinas, Pirimetamina, Quinidina, TMP/SMZ, Cefalosporinas |  |   |

D) Causa desconocida:

| ETIOLOGÍA   | CLÍNICA  | DIAGNÓSTICO  |
|---|--|--|
| SARCOIDOSIS   | Eritema nodoso, malestar general, fiebre, adenopatía hiliar / paratraqueal, periféricas (axilar, cervical, inguinal) | RX Tórax, biopsia de parénquima pulmonar / ganglio hiliar, ECA suero, Ca en orina. |
| AMILOIDOSIS   | Adenopatías en 60% de amiloidosis 1ª, afectación renal, hepática, cutánea...   | Estudio anatomopatológico de tejido afectado.                                      |
| Otras: Enf. De Kawasaki, De Kikuchi, Granuloma linfomatoide, Enf. De Castleman, Histiocitosis benigna |  |  |

**¿Cómo se diagnostica?**

A.- Antes de nada debe hacerse el diagnóstico diferencial con otras causas de masa subcutánea:

- Glándulas salivales: Parótida, submaxilar, sólo se palpan cuando se inflaman ó malignizan.
- Quistes y tumores benignos: Sebáceos, epidermoides, dermoides. Quiste branquial congénito. Conducto tirogloso. Ganglión, lipoma, tumores glómicos.
- Masas malignas: Liposarcoma, leiomiomas, fibrosarcoma, sarcoma sinovial, sarcoma de Kaposi.
- Otros: Tiroides, laringocele, aneurismas, costilla cervical.

B.- La historia clínica debe recoger:

- Edad y sexo: si el paciente es mayor de 50 años, sólo serán benignas en un 40%. En los pacientes menores de 30 serán benignas en un 80%.
- Antecedentes familiares: cáncer (melanoma, síndrome del nevus displásico familiar)
- Antecedentes personales de exposición:
  - Animales, mordeduras de insectos (turalemia, enfermedad de Lyme).
  - Contactos con enfermos de tuberculosis, contactos sexuales ( E.T.S: VIH, VHC VHB, LUES, herpes)
  - Tabaco, alcohol.
  - ADVP.
  - Radiaciones.
  - Ocupacionales: sílice, berilio.
  - Viajes (histoplasmosis, leishmaniasis, carbunco, tripanosomiasis, fiebre tifoidea)
  - Fármacos: atenolol, alopurinol, captopril, carbamazepina, cefalosporinas, hidralacina, penicilina, quinidina, sulfamidas, sulindal.
- Síntomas y signos localizados

- Síntomas generales: fiebre, pérdida de peso, sudoración nocturna.
- Síntomas asociados:
  - Mononucleosis: fiebre, astenia, odinofagia.
  - Linfoma de Hodgkin: fiebre, pérdida de peso, sudoración nocturna.
  - LES, AR, Dermatomiositis: artralgias, debilidad muscular, rash.

### C.- Exploración física

Aparte de una exploración general completa (auscultación cardiaca y pulmonar, abdomen - esplenohepatomegalia- ORL -oídos y orofaringe- mamas y piel) debemos realizar una exploración detallada del sistema linfático superficial. El sistema linfático profundo, que comprende los ganglios hiliares, mediastínicos, retroperitoneales y pélvicos, se estudia mediante radiografía de tórax, TAC, RMN, pruebas que se realizan habitualmente para el diagnóstico de extensión de procesos neoplásicos.

En cuanto al sistema linfático superficial, en adenopatías localizadas tendremos en cuenta:

- Tamaño. Los ganglios normales son menores de 1cm de diámetro, salvo los epitrocleares, menores de 0.5 cm. y los inguinales menores de 1.5.
- Consistencia:
  - Blandos: infecciosas o inflamatorias.
  - Firmes y adheridos: linfoma.
  - Duros: metastásicos.
- Dolor: no es útil para diferenciar una adenopatía maligna de una benigna. Se produce generalmente por aumento rápido de tamaño. Orienta a procesos inflamatorios y hemorrágicos.
- Adhesión:
  - Benignas, no adheridas: Tuberculosis, sarcoidosis, linfograma.
  - Malignas, adheridas: Metastásicas, linfomas.
- Localización
  - Supraclaviculares: las que más sugieren malignidad. Derechas: mediastino, pulmón, esófago. Izquierdas (ganglio de Virchow): tórax, testículos, ovarios, próstata, estómago, riñón, páncreas).
  - Inguinales: infrecuentemente es la primera manifestación de linfomas. Poco sugestivas de malignidad. Se exploran: Ganglios del grupo oblicuo (situados a lo largo del ligamento de Poupart) y ganglios del grupo longitudinal (situados a lo largo de los vasos sanguíneos). Las causas más frecuentes son: ETS, carcinoma de células escamosas de la vagina y otros tumores malignos de la pelvis.
  - Cervicales. Se exploran los ganglios submentonianos, submaxilares, yugulares (a lo largo de los bordes anterior y posterior del esternocleidomastoideo), supraclaviculares, suboccipitales y pre y postauriculares. Las causas más frecuentes son: infecciones de vías respiratorias altas, toxoplasma, mononucleosis infecciosa, Kikuchi, mycobacteria atípica, sarcoidosis, enfermedad de Kawasaki y carcinomas de cabeza y cuello.
  - Axilares. Se exploran: ganglios axilares centrales (en la mitad de la pared torácica de la axila), laterales (próximos a la parte superior del húmero) y subescapulares (bajo el borde anterior del músculo dorsal ancho). Las causas más frecuentes son: toxoplasma, tuberculosis, mononucleosis infecciosa, carcinomas torácicos, linfomas Hodgkin y No Hodgkin (no metastatizan ahí inicialmente, pero pueden ser la primera localización descubierta), melanoma y cáncer de mama.
  - Occipitales. Las causas más frecuentes son las tiñas y la dermatitis seborreica.
  - Epitrocleares. Las causas más frecuentes son: Infecciones piógenas, sarcoidosis, turalemia, linfoma y sífilis secundaria.

### D.- Laboratorio y pruebas complementarias

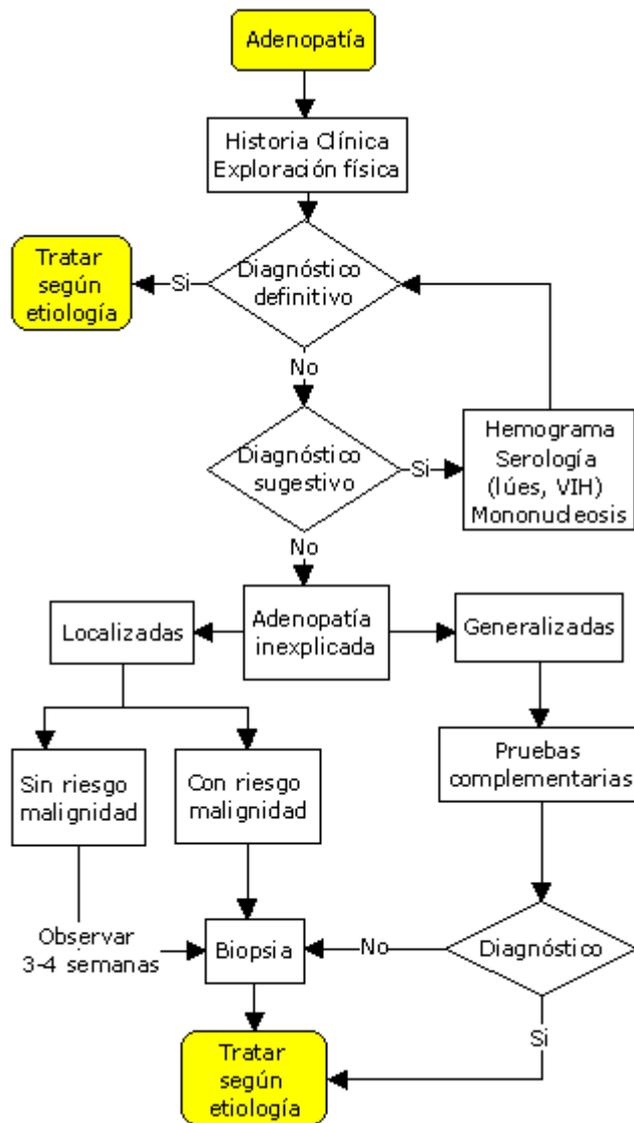
- Hemograma, fórmula leucocitaria y velocidad de eritrosedimentación.
- Enzimas hepáticas y proteinograma.
- Cultivo de sangre, de ganglios y de médula ósea.
- Intradermoreacción de mantoux.

- Serología de mononucleosis, toxoplasma, brucella, fiebre tifoidea, citomegalovirus, herpes y VIH.
- ANA, Factor reumatoide, ECA, inmunoelectroforesis.
- Radiografía de tórax para descartar adenopatías mediastínicas.
- Linfografía para el estudio de adenopatías retroperitoneales.
- Ecografía, TAC y RMN. Esta última es muy útil para la distinción entre una masa residual fibrótica y una masa linfoproliferativa activa.
- Gammagrafía con galio, útil para la detección de focos ocultos activos de la enfermedad.

#### E.- Estudios biopsicos

- Aspiración: para diagnóstico de una infección piógena o una TBC.
- Punción aspiración con aguja fina (PAAF): es de gran ayuda en el diagnóstico de adenopatías superficiales y profundas, éstas con ayuda de técnicas de imagen.
- Biopsia ganglionar: es una de las técnicas más precisas. Se suele extirpar el ganglio en su totalidad.

Algoritmo de manejo



**Bibliografía:**

Bazemore AW, Smucker DR. Lymphadenopathy and Malignancy. Am Fam Physician. 2002 Dec 1;66(11):2103-10.

Blanco Rodríguez AM, Calvo García E, Moliner Prada C. Adenopatías. Sesiones clínicas C@P-Semfyc, 1998.

Castro Martín J. Enfermedades que cursan con adenopatías. FMC 1999; 6: 381

Ferrer R. Lymphadenopathy: Differential diagnosis and Evaluation. Am Fam Physician 1998; 58(6):1313-20

Henry PH, Longo DL. Aumento de tamaño de los ganglios linfáticos y del bazo: Linfadenopatía y esplenomegalia. En: Harrison. Principios de medicina interna. Eugene Braunwald(edit.). 15ª ed. Madrid: Mc Graw-Hill; 2001; 424-431.

Monserrat E et al . Enfermedades ganglionares. En: Medicina Interna. Farreras Rozman (Dtor.). Medicina Interna. 14ª ed. Madrid: Mosby-Doyma Libros; 2000; 1958-1991.

Terol MJ. Manejo clínico y diagnóstico diferencial de la adenopatía única o múltiple. Medicine 1997; 7(61): 2843-2845.