



Hospital Regional
Universitario
de Málaga



Adenopatías cervicales en consulta: qué buscar para diagnosticar.

Infecciosos pediátrico. UGC Pediatría.

Hospital Regional Universitario de Málaga.

Lucía Harillo Becerra, Nerea Cardelo Autero, Nora Andrea Donisanu Peñaranda, Antonio Medina Claros, Begoña Carazo Gallego.

Adenopatías cervicales en consulta: qué buscar para diagnosticar.

Relativas a esta presentación existen las siguientes relaciones que podrían ser percibidas como potenciales conflictos de intereses:

Lucía Harillo Becerra, Nerea Cardelo Autero, Nora Andrea Donisanu Peñaranda, Antonio Medina Claros, Begoña Carazo Gallego,

Relativas a esta presentación no existen conflictos de intereses,

1. INTRODUCCIÓN: Adenopatías cervicales.



Aumento de tamaño y/o cambio de consistencia de un ganglio linfático.

Autolimitadas en el 80% de las ocasiones.

Pueden ser generalizadas o localizadas, siendo las cervicales las localizadas más frecuentes.



MOTIVO
FRECUENTE DE
CONSULTA Y
HOSPITALIZACIÓN

AMPLIO
DIAGNÓSTICO
DIFERENCIAL

1ª
MANIFESTACIÓN
ENFERMEDADES
SISTÉMICAS
GRAVES

2. MATERIAL Y MÉTODOS.

OBJETIVOS

- Describir características y causas más prevalentes.
- Buscar datos que orienten a un origen patológico.
- Analizar diferencias entre las adenopatías por micobacterias no tuberculosas (MNT) y las tuberculosas (TBC).

TIPO DE ESTUDIO

- Estudio observacional retrospectivo.
- Pacientes <14 años con adenopatía palpables subagudas (> 2 semanas de evolución) o crónicas (> 6 semanas de evolución) atendidos en consultas de Infectología pediátrica en nuestro centro entre 2015-2021.



2. MATERIAL Y MÉTODOS.

VARIABLES



Demográficos: edad y sexo.

Clínica:

- *Localización y tamaño.
- *Signos y síntomas asociados.
- *Diagnóstico final.



Pruebas complementarias:

- *Determinación reactantes de fase aguda.
- *Alteraciones en hemograma.
- *Aislamiento microbiológico.



ANÁLISIS BIVARIANTE:

- **Chi cuadrado.**
- **T de student.**

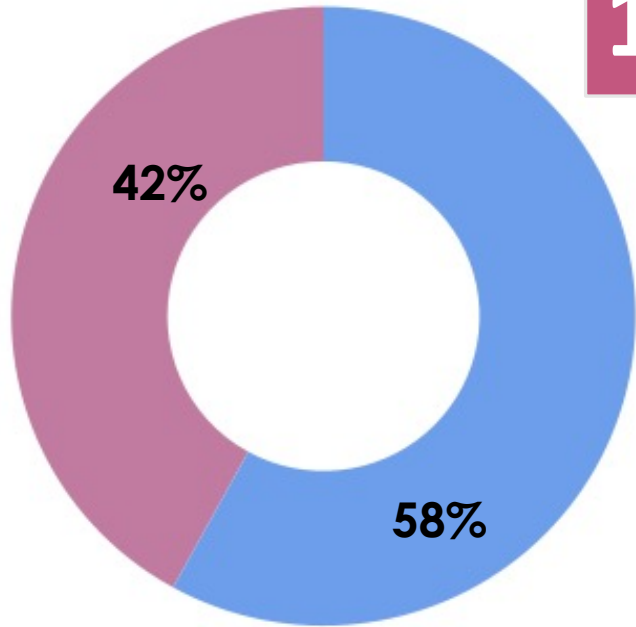
ANÁLISIS MULTIVARIANTE:

- **Regresión logística binaria.**

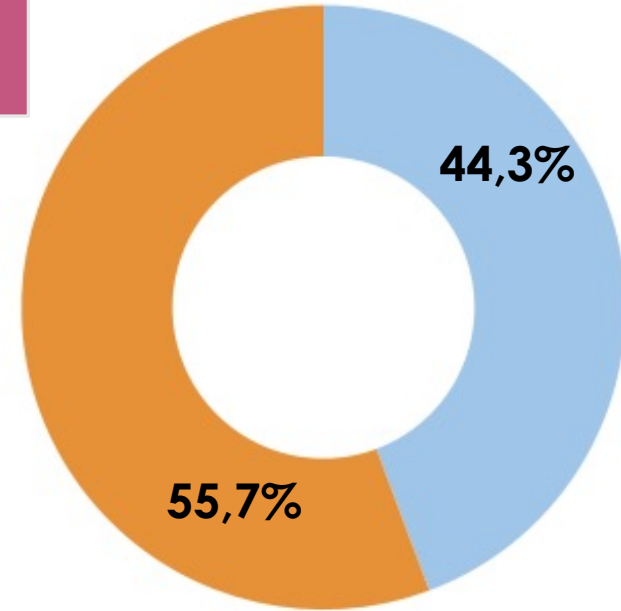


3. RESULTADOS.

122 pacientes



● Varones ● Mujeres



● Reactivas (AR) ● Patológicas (AP)



Mediana edad: **53,5 meses** (*1 – 156 meses*).
T. evolución: **3 meses** (*15 días – 90 meses*).
68% laterocervicales y 37% submandibulares.



3. RESULTADOS.

PATOLÓGICAS (AP)

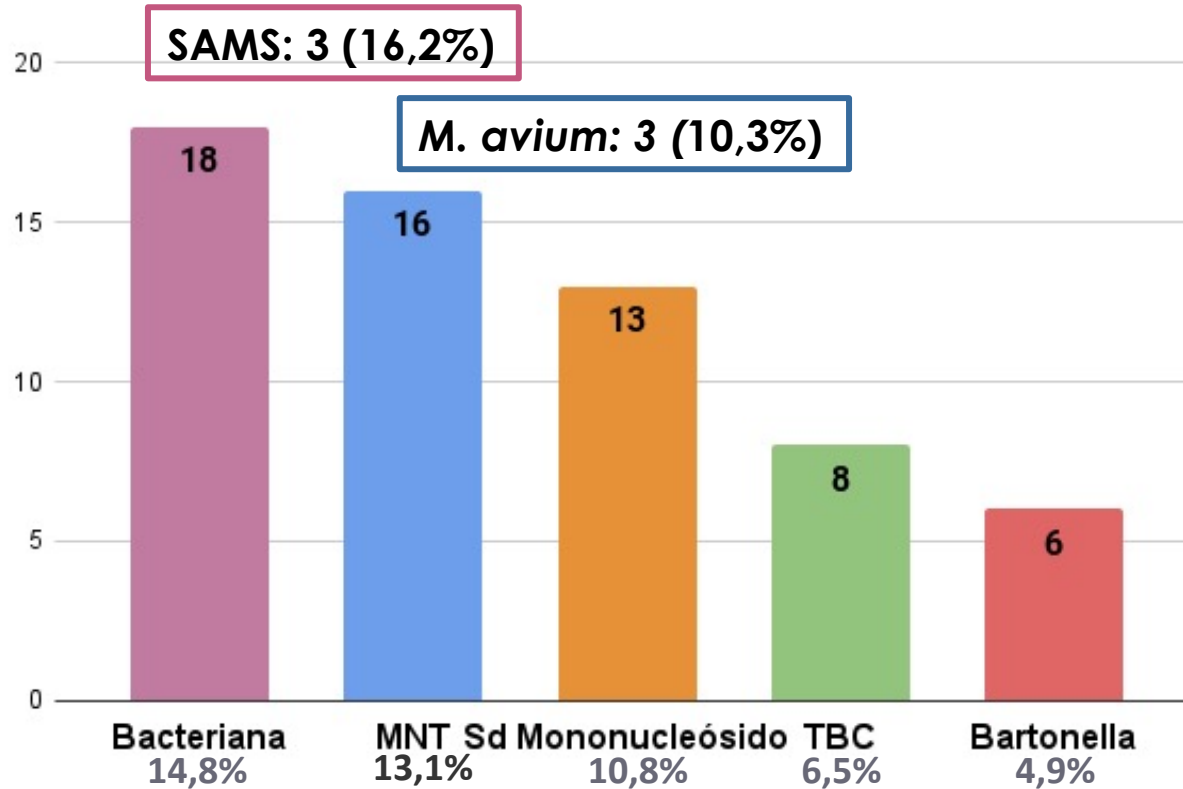
69 casos (55,7%)

Causa infecciosa

61 (50%)

Causa NO infecciosa

8 (6,5%)



- 1 Quiste dermoide.
- 1 Sospecha PFAPA.
- 2 Tumorales:
 - 1 Linfoma de Hodgkin:
 - Localización: **Supraclavicular.***
 - Tamaño: 3 cm diámetro máx.
 - 1 Histiocitosis
 - Localización: laterocervical.
 - Tamaño: 5,5 cm.

**En nuestra muestra 5 adenopatías eran supraclaviculares:*

- 1 LH.
- 1 bartolenosis y 1 MNT.
- 1 reactiva y 1 dx desnococido.

Datos clínicos		AR	AP	p
<u>Género (%)</u>	Hombre	38 (53,5%)	33 (46,5%)	0,017
	Mujer	16 (31,4%)	35 (68,6%)	
<u>Signos locales</u>	Si	2 (5,7%)	52 (59,8%)	0,00
	No	33 (94,3%)	35 (40,2%)	
<u>Localización</u>	Laterocervical	36 (52,9%)	32 (47,1%)	0,013
	Submandibular	9 (24,3%)	28 (76,7%)	
	Supraclavicular	1 (20%)	4 (80%)	
	Retroauricular	5 (83,3%)	1 (16,7%)	
	Multiples localiz.	3 (75%)	1 (25%)	
<u>Fistulización</u>	Si	1 (5%)	19 (95%)	0,00
	No	53 (52%)	49 (48%)	
<u>Diámetro (mm)</u>	Media y DE	15,4 (±8,1)	27,23 (±15,1)	0,00
<u>Neutrófilos absolutos</u>	Media y DE	4.143,6 (±2156,4)	5.475,5 (±4735)	0,001
<u>Proteína C reactiva</u>	Media y DE	3,4 (±1,5)	25,31 (±7)	0,00

¿Qué datos nos orientaron a un origen patológico?



REGRESIÓN LOGÍSTICA BINARIA:

❖ **Signos locales**

(OR 18,7; IC 95% 4,11-85,13).

❖ **Fistulización**

(OR 12, IC95% 1,42-101).

3. RESULTADOS.

¿Hubo diferencias entre adenopatías por TBC y MNT?

**Adenitis por
MNT:**
16 casos
*(13,1% del
total de casos).*

Aislamiento en el 20%
de ellas:
M. avium complex (3)
M. bovis (1)
M. Colombiense (1).

**Adenitis por
TBC:**
8 casos
*(6,5% del total
de casos).*

Datos clínicos		MNT	TBC	p
Medida prueba tuberculina (mm)	Media y DE	8,13 (±7,5)	15,6 (±3,9)	(p=0,034)
Recurrencia	Si	2 (12,5%)	3 (42,9%)	(p=0,045)
	No	14 (87,5%)	4 (57,1%)	

CONCLUSIONES

- La adenopatías más frecuente fueron de **origen reactivo** siendo la etiología bacteriana la causa más frecuente en el grupo de AP.
- Los **signos locales** y la **fistulización** fueron los signos clínicos asociados a AP.
- Las adenitis tuberculosas asociaron un **diámetro superior en la prueba de la tuberculina** respecto a las adenitis por MNT.
- Una adecuada anamnesis y una exploración física completa nos ayudarán a filiar el origen patogénico o reactivo de las adenopatías cervicales.