



Caso clínico. Enfermedades infecciosas

Adenopatía persistente. Analítica anodina, pero ecografía patológica... ¿Y si es algo más?

Blanca Llorente Sanz^a, Raquel Herráiz Cristóbal^b, Rosario Bachiller Luque^c,
Silvia Rodríguez del Rosario^a, María Gutiérrez Zamorano^a, Elena García Barbero^a

^aMIR-Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España • ^bServicio de Oncohematología Infantil. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España • ^cPediatra. CS Pilarica. Valladolid. España.

Publicado en Internet:
14-junio-2021

Blanca Llorente Sanz:
ylena.llorente@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Las adenopatías en Pediatría suelen tener etiología benigna y resolución sencilla. Sin embargo, ante determinadas características (localización atípica, gran tamaño, adhesión, consistencia dura o gomosa, evolución mayor de dos semanas o síntomas constitucionales) debemos descartar malignidad, ampliar estudio y derivar si presenta síntomas de alarma, alteraciones de laboratorio o en pruebas de imagen, ya que algunos estudios reportan una prevalencia entre 13-27% de ganglios tumorales en pacientes derivados correctamente.

CASO CLÍNICO

Paciente de cuatro años derivada a consulta de Hematología Infantil para valoración de adenopatía axilar persistente. Su pediatra ha realizado analítica, extraído serologías e iniciado ciclo de antibioterapia con amoxicilina-clavulánico, con mejoría del dolor, pero sin reducción del tamaño. Así mismo, ha realizado ecografía objetivando masa de bordes lobulados, de 2 × 2 × 1,3 cm, posible ganglio reactivo, pero no se descarta patología tumoral.

Como antecedentes refieren dolor en brazo izquierdo hace 15 días, objetivando posteriormente adenopatía. Niegan traumatismo, proceso infeccioso reciente, contacto con animales, pérdida de peso, sudoración nocturna, fiebre, astenia, petequias o hematomas.

En exploración se objetiva adenopatía axilar izquierda, de 1,5 cm de diámetro, no adherida, no dolorosa, gomosa. No eritema ni signos de infección. Microadenopatías laterocervicales. No adenopatías a otros niveles. Se amplía estudio, teniendo en cuenta desde las causas más frecuentes (infecciones, tuberculosis) hasta las menos probables (linfomas, metástasis). Radiografía de tórax descarta alteraciones (en especial masa mediastínica). Mantoux negativo. Analítica

sin elevación de LDH, ácido úrico, velocidad de sedimentación globular o alteraciones en hemograma. Frotis de sangre periférica normal.

Ante persistencia de un mes, se realiza nueva ecografía: lesión arriñonada, ecogenicidad heterogénea, avascular, con vascularización periférica. Dimensiones: 15 × 21 × 12 mm. Impresiona de adenopatía necrosada.

¿Corresponde a una adenopatía típica? No, dado que es irregular, diámetro mayor de 1 cm, parénquima heterogéneo, necrosis intranodal y vascularización periférica. Por ello, aunque el resto de las pruebas no sugieren malignidad, ante aspecto ecográfico se decide biopsia para estudio anatómopatológico cuyo resultado confirma necrosis de adenopatía e infiltrado linfoplasmocitario circundante. A la luz de los resultados serológicos, se deduce que es una adenopatía reactiva por infección del virus Epstein-Barr, que en nuestra paciente cursó de una manera atípica.

CONCLUSIONES

La ecografía es muy útil para la evaluación de las adenopatías aportando datos sobre su tamaño, morfología y vascularización. Ante signos de alarma ya sean en la historia, exploración física, o pruebas complementarias se debe derivar de manera ágil. Si presenta criterios de malignidad, se practicará una biopsia y se remitirá para su estudio anatómopatológico, que proporciona el diagnóstico definitivo.

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

Cómo citar este artículo: Llorente Sanz B, Herráiz Cristóbal R, Bachiller Luque R, Rodríguez del Rosario S, Gutiérrez Zamorano M, García Barbero E. Adenopatía persistente. Analítica anodina, pero ecografía patológica... ¿Y si es algo más? Rev Pediatr Aten Primaria Supl. 2021;(30):138.