

Adenopatías Cervicales

*Agrício Crespo, Amarilis M. Meléndez M., Federico Murillo G.,
Jair Montovani, José Nélio Cavinato y Vicente Odone Filho*

Las adenopatías cervicales en la infancia y la adolescencia son generalmente de causa inflamatoria o infecciosa. La historia clínica y el examen físico son fundamentales para diferenciarlos de los tumores malignos y las lesiones por restos embrionarios. El diagnóstico específico se confirma con exámenes de laboratorio como el hemograma y la serología. Los exámenes de imagen y los tests de reacción cutánea son fundamentales en las lesiones granulomatosas crónicas. Las adenopatías que aumentan de tamaño o que se mantienen por más de 12 semanas se deben biopsiar. En estos casos, debe considerarse el diagnóstico de neoplasia maligna. La biopsia con aguja fina es el método inicial de la evaluación histopatológica y se hará una biopsia excisional cuando sea necesario.

Introducción

La presencia de una masa cervical presenta un desafío diagnóstico al Otorrinolaringólogo o al Clínico. Ante las decenas de posibilidades diagnósticas el médico puede sentirse inseguro si no adopta una rutina para el abordaje de estas patologías. El objetivo de este capítulo es ofrecer un modelo sencillo y práctico para la evaluación diagnóstica de pacientes que presentan una masa cervical como la expresión clínica de su enfermedad.

La presencia de otros síntomas y signos asociados a la masa serán los indicadores diagnósticos más importantes. Un abordaje bien orientado representa economía de tiempo y de recursos financieros. Con esto también se evita el exponer al paciente a exámenes innecesarios.

Barnes considera que en el recién nacido, toda masa o ganglio cervical palpable es anómala, independientemente del tamaño. Entre los 6 meses y 12 años son anómalas las masas o adenopatías mayores de 1 cm. y en los adultos las que son mayores o iguales a 3 cm.

En la historia y el examen clínico se destacan cuatro elementos fundamentales: la edad del paciente, tiempo de duración de la masa cervical, la localización en el cuello y las características en la palpación. Estos cuatro elementos de la observación clínica son de importancia crucial y permiten en la mayoría de los casos clasificar las masas cervicales en tres grandes grupos: inflamatorias o infecciosas, alteraciones del desarrollo, o adquiridas y neoplásicas.

En los niños y adolescentes aproximadamente el 75% de las masas cervicales

son adenopatías inflamatorias o infecciosas. Las neoplasias malignas representan menos del 5% y las alteraciones del desarrollo embrionario representan menos del 20%.

Las lesiones inflamatorias agudas tienen la característica de que presentan calor, rubor y dolor a la palpación. Las adenopatías inflamatorias agudas guardan una relación con el sitio de origen del proceso infeccioso siguiendo las vías de drenaje linfático de cada región. Los procesos que se originan en la cavidad oral van a drenar a los linfonodos submentonianos, submandibulares y yugulares altos. En los procesos de la rinofaringe, orofaringe y laringe, el drenaje linfático se da a los linfonodos yugulares, principalmente los altos.

En la mayoría de las adenopatías inflamatorias o infecciosas agudas se observa que la adenopatía tiende a la regresión espontánea en alrededor de 12 semanas. Después de este periodo si persiste la adenopatía deberemos investigar por una enfermedad granulomatosa crónica.

En muchos casos, inclusive médicos con mucha experiencia clínica tienen dudas en relación al diagnóstico etiológico de las linfadenopatías agudas. En estos casos los exámenes de laboratorio son muy importantes, en especial el hemograma y la serología específica para las enfermedades más prevalentes como la mononucleosis infecciosa, citomegalovirus y toxoplasmosis.

Las masas cervicales debidas a alteraciones del desarrollo embrionario son generalmente lesiones quísticas. El más frecuente es el quiste tirogloso que se localiza en la línea media del cuello. El quiste epidérmico se localiza en la región submentoniana y el quiste branquial en la porción lateral alta del cuello.

Las lesiones quísticas tienen características típicas a la palpación. Debemos resaltar que el quiste branquial frecuentemente es más tenso, simulando una consistencia fibroelástica.

Las neoplasias malignas en los niños generalmente son coalescentes, grandes, localizadas generalmente en el triángulo posterior y en varios niveles cervicales.

Masas cervicales inflamatorias o infecciosas

De acuerdo con Lane y colaboradores, los principales microorganismos que causan las adenopatías cervicales inflamatorias y cuya presentación clínica puede ser únicamente la presencia de la masa cervical son: *Staphylococcus aureus* coagulasa positivo, *Streptococcus pyogenes* del Grupo A – SGA - (beta-hemolítico), *Mycobacteria* sp incluyendo las atípicas, *Staphylococcus* coagulasa negativo. Estos representan el 41% de los casos.

Como causas inflamatorias menos comunes, alrededor de 8%, encontramos: bacterias Gram negativas, *Streptococcus pneumoniae*, bacterias anaerobias, *Actinomyces* sp, *Toxoplasma gondii*, Bacilo del arañazo de gato, virus Epstein-Barr, HIV y citomegalovirus. Las causas no determinadas constituyen el 51% de los casos de adenopatías cervicales inflamatorias.

Las adenopatías cervicales inflamatorias pueden dividirse en relación a su evolución en agudas o crónicas.

Adenopatías cervicales agudas

Las causas principales de adenopatías inflamatorias cervicales son: las de origen viral como la linfadenitis reactiva, sarampión, rubéola, mononucleosis infecciosa,

citomegalovirus, dengue y SIDA; por protozoarios como toxoplasmosis, esquistosomosis y de origen bacteriano como la enfermedad por arañazo de gato, linfadenopatía purulenta, abscesos, difteria, fiebre tifoidea, brucelosis, peste, leptospirosis y escarlatina.

Linfadenitis reactiva viral - Es la causa más común de linfadenopatía cervical inflamatoria. Esta es secundaria a infecciones virales comunes de las vías aéreas superiores como la influenza, adenovirus, rinovirus y el enterovirus que provocan síntomas parecidos a la gripe, además de la adenopatía. Está comúnmente asociada a la amigdalitis viral. Generalmente es autolimitada resolviéndose el cuadro entre 5-10 días. La varicela zoster y el herpes simple también pueden presentarse con adenopatías que se pueden mantener por más de 14 días y el tratamiento es sintomático.

Mononucleosis infecciosa - Enfermedad causada por el virus Epstein-Barr. Su transmisión es por el contagio directo con gotículas de saliva. La expresión clínica de fiebre, odinofagia, mialgias y mal estar dependen de la edad, siendo subclínica en la infancia. Presenta dos grupos de edad de presentación, la primera de los 5-10 años y después de los 10-20 años. La adenopatía cervical se presenta en el 80-90% de los casos. La involución de los nódulos cervicales ocurre en algunas semanas. La adenopatía puede ser aislada aunque más comúnmente se presenta como un conglomerado de nódulos que son fibroelásticos y móviles. La hepatomegalia y la elevación de las enzimas hepáticas se presentan en casi todos los pacientes. El diagnóstico es clínico y de laboratorio con un hemograma y serología específica. El hemograma presenta linfocitosis absoluta y relativa en el 70% de los casos. Hay leucocitosis con niveles de 12.000/mm³ a 18.000/mm³ hasta 50.000/mm³ con por lo menos 10% de linfocitos atípicos. La serología específica puede ser por la prueba de Paul-Bunnell-Davidson o la reacción por inmunofluorescencia indirecta para el virus Epstein-Barr. El tratamiento es sintomático.

Infección por citomegalovirus (CMV) - Es una infección tan común como el virus Epstein-Barr. Tiene una incidencia bimodal en cuanto al grupo de edad: niños y adolescentes jóvenes. El cuadro clínico es parecido a una gripe común, siendo generalmente subclínica. Se presenta generalmente con una adenopatía cervical poco sintomática. El hemograma presenta leucocitosis con linfonodos atípicos y la serología específica se hace con la reacción de fijación de complemento con títulos elevados para citomegalovirus. El tratamiento es sintomático.

SIDA - Es causado por el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida. Puede presentar linfadenopatías por la infección directa por el HIV, por infecciones oportunistas o por neoplasias. Presenta alteraciones histopatológicas extremadamente variables. El aumento de volumen de los nódulos ocurre con frecuencia en los pacientes infectados por el HIV principalmente al inicio de la infección. Frecuentemente representan solo un proceso reactivo benigno. Los nódulos posteriores son los más acometidos. La biopsia con aguja fina y la biopsia abierta son de poca utilidad para elucidar el diagnóstico pero son útiles para descartar otras posibilidades diagnósticas como el linfoma.

Toxoplasmosis - Etiología: *Toxoplasma gondii* que es un protozoario intracelular. La transmisión se da por la ingestión de quistes de toxoplasma (oocistos)

generalmente por la ingestión de carne de vaca o carnero cruda o mal cocida (oocistos en los músculos) o por la ingestión de alimentos contaminados con oocistos llevados de las heces del gato por moscas o cucarachas. El hospedero definitivo es el gato. Puede también ocurrir la transmisión vía placenta, transfusión de sangre y transplante de riñón. La infección por este microorganismo es común aunque la manifestación es subclínica en la mayoría de los casos con cuadros que parecen a la gripe común: fiebre, escalofríos, letargia y odinofagia. La linfadenopatía cervical es poco sintomática, a veces con dolor leve. Generalmente acomete los linfonodos del triángulo posterior del cuello, sin supuración pero sí hay fluctuación. El diagnóstico es clínico, serológico con la presencia de IgM o aumento de los títulos de IgG en tres semanas o por medio de la biopsia del linfonodo con alteraciones histopatológicas muy sugestivas. El tratamiento es con sulfadiazina.

Enfermedad por arañazo de gato - Esta enfermedad es causada por un bacilo Gram negativo, la *Bartonella henselae* o bacilo de la enfermedad de Arañazo de gato. Es una enfermedad autolimitada. El gato es el hospedero definitivo. La transmisión es por contacto directo con el gato en 90% de los casos (mordida, arañazo o contacto con saliva en la conjuntiva ocular o un área de solución de continuidad de la piel). El cuadro clínico es fiebre baja, odinofagia leve y fatiga. Generalmente hay una pápula o pústula en el local del arañazo en un 67% de los casos que aparece de los 3 a 10 días y que dura de 4 a 8 semanas. La adenopatía aparece 2 semanas después del arañazo y una semana después de la pápula. En 40% de los casos la linfadenopatía es única. Esta adenomegalia puede persistir por 2-4 meses y puede presentar supuración en 10% de los casos. El diagnóstico es clínico. Hay un test cutáneo específico (el test de Ranger – Rose) sin embargo no está disponible. El tratamiento es sintomático, se puede realizar biopsia excisional cuando hay mucho dolor en el ganglio acometido. En casos graves o en pacientes inmunocomprometidos debe darse tratamiento con antibióticos. Los antibióticos recomendados son: macrólidos, sulfametoxazol/trimetoprim o rifampicina.

Linfadenitis supurada - El *Streptococcus pyogenes* del Grupo A (SGA) y el *Staphylococcus aureus* son los agentes etiológicos más comunes. El cuadro clínico es de una infección de la vía aérea superior, fiebre, linfadenopatía, odinofagia y letargia. Inicialmente los ganglios palpables son discretos y luego confluyen y se tornan fluctuantes. Pueden haber signos inflamatorios locales. El tratamiento es con antibióticos y drenaje del absceso.

Linfadenopatía reactiva - Está asociada al síndrome de mononucleosis infecciosa crónica. Es la cronicación de la infección por el virus Epstein-Barr por seis meses o más. El cuadro clínico es de cansancio, mal estar incapacitante, fiebre vespertina de baja intensidad, mialgias, adinamia y depresión. Deben descartarse los diagnósticos de neoplasia maligna, enfermedad auto inmune e inmunodepresión.

Adenopatías cervicales crónicas

Las principales causas de adenopatías inflamatorias crónicas que vamos a comentar son: Linfadenitis reactiva, Tuberculosis, Micobacteria atípica, Blastomycosis y Sarcoidosis. Las otras enfermedades como Actinomicosis, Sífilis, Linfogranuloma venéreo y Enfermedad de Chagas cursan con signos y síntomas más característicos

donde la masa cervical representa solo un elemento secundario en la presentación clínica y por esto no serán consideradas en este capítulo.

Micobacterias atípicas - Etiología- numerosas cepas. Acomete generalmente individuos de buen nivel socio económico. La linfadenopatía es habitualmente unilateral con varios linfonodos cervicales altos principalmente submandibulares. La piel no presenta signos de calor ni edema pero sí intensa hiperemia y con la evolución cambia a una coloración violácea característica. No hay enfermedad pulmonar y las alteraciones sistémicas son mínimas. El PPD está negativo o débil y en los familiares está negativo. En dos tercios de los casos ocurre la fistulización crónica. En este caso no hay respuesta al tratamiento médico y se requiere la excisión quirúrgica.

Tuberculosis ganglionar – Etiología: *M. tuberculosis* o *M. bovis*. Generalmente se presenta en pacientes de 20 a 40 años de edad. Es la forma más común de tuberculosis extra pulmonar. Presumiblemente es secundaria a la tuberculosis pulmonar con diseminación linfática pulmonar o linfohematogénica. En un 80-90% de los casos no hay enfermedad pulmonar asociada. Por esto, pocos pacientes se presentan con fiebre, sudoresis nocturna, anorexia y pérdida de peso. Generalmente se presenta en los linfonodos supraclaviculares o cervicales posteriores. Estos linfonodos son fibroelásticos o suaves, con o sin signos de inflamación. En un tercio de los casos los nódulos son bilaterales. Los nódulos pueden drenar material caseoso o cicatrizar. La forma pura de tuberculosis ganglionar sin alteración pulmonar ocurre en individuos sanos sin compromiso del estado general. El PPD es fuertemente positivo. El diagnóstico puede confirmarse con una punción con aguja fina que demuestra un 93% de especificidad o, por biopsia excisional del linfonodo con búsqueda del bacilo alcohol ácido resistente (BAAR) por la coloración de Ziehl -Nielsen y el cultivo. El tratamiento es con el esquema triple.

Blastomycosis - Etiología- *Paracoccidioidomycosis brasiliensis*. Acomete más a los hombres de 20-50 años de edad. Está asociado a lesiones mucocutáneas y viscerales. Los linfonodos cervicales están aumentados y endurecidos y después pueden hacerse más suaves y fistularse. El diagnóstico se realiza con el hallazgo del hongo tomado con punción con aguja fina de un nódulo y la serología específica. El tratamiento es con sulfa.

Sarcoidosis - Es una enfermedad granulomatosa de etiología desconocida. Acomete más a las mujeres de 20-40 años. Está asociada a linfadenopatías en 75-90% de los casos. Muchas veces el diagnóstico es por exclusión. El tratamiento se basa en el uso de corticoides.

Existen otro grupo de linfadenopatías raras que también están en el diagnóstico diferencial de masas cervicales.

Enfermedad de Kawasaki - Acomete a niños menores de 3 años siendo rara después de los 8 años. Su etiología es desconocida. Cuadro clínico de fiebre alta sin respuesta a los antibióticos. Después aparece un *rash* eritematoso en las palmas de las manos, planta de los pies, tronco y mucosa de cavidad oral y conjuntivas. La adenopatía es única, de más o menos 1.5-2.0 cm. y dura alrededor de tres semanas. La piel sobre el ganglio puede estar hiperémica. Se asocia a artritis y leucocitosis.

En el examen histopatológico del nódulo se encuentra una vasculitis y hiperplasia histiocitaria. El tratamiento es de soporte.

Enfermedad de Castleman - Es una enfermedad benigna de etiología desconocida. Hay linfadenopatía en un solo sitio y generalmente miden de 3-10 cm. de diámetro. Se presenta en pacientes de 6-60 años con pico de incidencia entre los 10-20 años. Puede presentarse con fiebre, fatiga y sudores nocturnos. La biopsia excisional es curativa y el diagnóstico se realiza por el estudio histopatológico.

Enfermedad de Kikuchi - Se trata de una linfadenopatía autolimitada de etiología desconocida. Acomete a individuos entre 12-70 años. Los linfonodos tienen entre 1-3 cm. de diámetro y pueden ser uni o bilaterales. El diagnóstico es histopatológico.

Pseudolinfoma anticonvulsivante - Está asociado al uso de fenitoina u otros anticonvulsivantes. Acomete a niños y adultos jóvenes en el 50% de los casos. La patogénesis es desconocida. La linfadenopatía aparece 2 a 4 semanas después del inicio del uso del fármaco y desaparece espontáneamente en semanas, después de que se interrumpe el uso del medicamento. El diagnóstico se hace por un test terapéutico interrumpiendo el uso del medicamento o por una biopsia abierta.

Existen muchas semejanzas clínicas entre muchas enfermedades inflamatorias que provocan adenopatías en la infancia por lo que ni aún el clínico más experimentado a veces puede establecer el diagnóstico preciso. En estos casos, el uso de los exámenes de laboratorio es invaluable.

Alteraciones del desarrollo embrionario o adquirido

Su cuadro clínico generalmente presenta características propias. Estos pueden no estar presentes al momento del nacimiento, volviéndose clínicamente aparentes cuando aumenta su tamaño. Muchas veces esto se asocia a un cuadro infeccioso de las vías aéreas superiores. Estas alteraciones representan anomalías del desarrollo de músculos, piel, vasos sanguíneos, linfáticos y de aparatos bronquiales.

Anomalías vasculares

Linfangiomas - Se conocen como higroma quístico. Son masas suaves, no dolorosas, multilobuladas y depresibles formadas por dilataciones de los vasos linfáticos regionales. Se pueden clasificar según el tamaño de los vasos linfáticos en: capilar, cavernoso o quístico, aunque pueden coexistir las tres formas en una única lesión. Puede haber una hemorragia dentro del linfangioma confundiendo entonces con un hemangioma y también pueden coexistir un hemangioma y un linfohemangioma sin que se altere la conducta terapéutica. Generalmente se presentan antes de los dos años de edad y raramente después de la cuarta década de vida. Sus manifestaciones generalmente están relacionadas a una infección de las vías aéreas superiores. Puede presentar extensión al espacio submandibular, y sublingual con abombamiento intraoral y, al espacio parafaríngeo llegando hasta la base del cráneo. Generalmente son masas asintomáticas. Cuando son sintomáticas, están relacionadas a quejas cosméticas por las masas o por dudas en cuanto a la naturaleza de la masa. Cuando estas masas están localizadas por encima del hueso hioides pueden provocar la obstrucción de la vía aérea superior con una insuficiencia respiratoria aguda después de un proceso infeccioso. El diagnóstico es clínico por medio de las características de la masa a la palpación

y el ultrasonido que puede ser de ayuda de confirmación. La delimitación exacta de la lesión se obtiene con la tomografía computarizada de cuello durante la evaluación quirúrgica. Estas masas no desaparecen espontáneamente y su tratamiento requiere su remoción quirúrgica. En algunos casos puede envolver en su área vasos sanguíneos y nervios que hacen imposible su remoción completa. Estas estructuras nobles deben preservarse por que se trata de un tumor benigno, muchas veces sin molestias que pongan en riesgo la vida del paciente. Los higromas quísticos de características quísticas, y no resecables por su extensión, pueden ser tratados con inyecciones de OK-432, una sustancia esclerosante desarrollada en el Japón.

Hemangiomas - Son los tumores más frecuentes en la infancia. Acomete a 2.6% de los neonatos y 12% de los niños por debajo del año de edad. Es más frecuente en el sexo femenino con una relación de 3:1. La cabeza y el cuello son los sitios más frecuentes. Están constituidos por vasos sanguíneos normales y anormales. Tienen un crecimiento rápido en las primeras semanas de vida y comienzan a involucionar a partir del primer año de vida en 90% de los casos. En la mayoría de los hemangiomas este es pequeño y asintomático y no necesita tratamiento. Se pueden clasificar en: capilares, cavernosos y arteriovenosos, conforme al tamaño de los vasos y a la presencia de fistulas arteriovenosas. Se encuentran en la piel y en estructuras profundas de la cara y el cuello. Pueden causar síntomas clínicos importantes en 5-10% de los portadores con deformidades cosméticas y déficit funcionales como disturbios de la deglución. En esta situación puede hacerse un tratamiento quirúrgico y hay también dos modalidades no quirúrgicas: corticoterapia en altas dosis e interferon, con resultados variables. Estos tumores por su naturaleza vascular también pueden ser embolizados en base a una arteriografía previa de acuerdo al tipo de vascularización.

Anomalías branquiales - Los quistes branquiales son remanentes de los aparatos branquiales. Son más frecuentes los del segundo y tercer arco branquial. Es raro el del primer arco y más raro todavía el del cuarto arco. Se presentan como masas quísticas en el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo entre el tragus y la clavícula. Generalmente se manifiestan entre la segunda y cuarta década de vida con episodios de aumento de volumen asociado a cuadros de infecciones del tracto respiratorio superior. Hombres y mujeres se afectan igualmente. Pueden ocasionar abscesos cervicales y cuando están tensos se pueden confundir con metástasis linfáticas. Las metástasis linfáticas del carcinoma espino celular se pueden manifestar como masas quísticas especialmente cuando provienen de la orofaringe, confundiendo con un quiste branquial. Por esto cuando haya duda debe descartarse primero una etiología maligna en una lesión quística en un individuo mayor de 40 años. El quiste branquial requiere un tratamiento quirúrgico cuando presenta síntomas de infección de repetición, alteración estética y obstrucción.

Quiste del conducto tirogloso - Está constituido por restos embrionarios del ducto tirogloso. Este ducto representa el trayecto de la glándula tiroidea entre la base de la lengua en el foramen ciego y la región cervical anterior. Es la alteración del desarrollo embrionario más frecuentemente encontrada. En la mayoría de los

casos se localiza en la línea media del cuello o a veces en la región paramediana a la altura del hueso hioides. La característica más típica de esta masa es que se eleva con la protrusión de la lengua. Se encuentra generalmente antes de los cinco años de edad y sobre el hueso hioides en 67% de los casos. Su tamaño aumenta frecuentemente después de procesos infecciosos. El tratamiento es quirúrgico debiéndose retirar la porción central del hueso hioides para evitar su recurrencia.

Quistes dermoides - Están compuestos de los tres tipos germinativos. Se presentan generalmente como masas quísticas submentonianas o medianas en el cuello. En esta última presentación no es móvil con la protrusión de la lengua. El tratamiento es quirúrgico con la resección completa de la masa.

Neoplasias malignas

Linfoma - Es la neoplasia maligna no epitelial más frecuente de la cabeza y cuello. Las neoplasias malignas epiteliales que predominan en el adulto son poco frecuentes en los niños. Frecuentemente se presentan como una masa cervical. Generalmente son móviles a la palpación tanto en relación a los planos profundos como a los superficiales aunque sean de gran tamaño. Su consistencia es carnosa, son indoloras y pueden asociarse a pérdida de peso, fiebre de origen indeterminado y sudoración nocturna. La biopsia por aspiración con aguja fina muchas veces nos puede ayudar al observarse linfocitos en esta masa. Sin embargo, la clasificación histopatológica que es muy importante se consigue con una biopsia excisional.

Consideraciones finales

Cuándo se indica la biopsia de un nódulo linfático y cómo hacerla? El examen histopatológico ofrece a veces poco subsidio para el diagnóstico en las enfermedades inflamatorias agudas por la ausencia de lesiones características específicas. Las adenopatías persistentes o que aumentan de tamaño luego de 12 semanas deben biopsiarse. Recordemos que el número de 12 semanas es solo una aproximación para docencia. Los criterios que determinarán la cronicidad no siempre son fácilmente reconocidos al inicio de la enfermedad. Las neoplasias malignas aunque mucho menos frecuentes en los niños deben estar siempre en el diagnóstico diferencial.

Se admite un retraso en el diagnóstico de enfermedades benignas considerándose que se dé un periodo para observación y seguimiento cuando los exámenes no diagnostican el cuadro y los demás signos y síntomas indican que habrá una resolución espontánea. El médico debe hacer un seguimiento frente a la posibilidad aunque sea remota de que sea un proceso maligno.

Se inicia la evaluación con una punción con aguja fina que en manos experimentadas es un método excelente para distinguir entre enfermedad benigna o maligna. En las enfermedades linfoproliferativas, que son más comunes en los niños y adolescentes, este examen puede no ser suficiente para la clasificación celular que es fundamental para la decisión terapéutica. En estos casos debe realizarse la biopsia excisional para el examen histopatológico.

Los métodos de diagnóstico por imagen son de poco valor en el diagnóstico de las enfermedades inflamatorias. Estos nos revelan datos sobre la forma de la masa, el tamaño, localización, relación con estructuras vecinas siendo estas informaciones de poca o ninguna utilidad. La radiografía de tórax es muy importante al evaluarse

las enfermedades granulomatosas que son la principal causa de adenopatías cervicales crónicas.

El ultrasonido puede ser de valor para diferenciar un quiste branquial tenso, con consistencia fibroelástica a la palpación, de las adenopatías particularmente en los niños a los que no se les pueda realizar con comodidad una punción con aguja fina que ofrecería la misma información con mayor rapidez y menor costo.

Los tests de reacción cutánea están indicados cuando se sospecha de tuberculosis y micobacterias atípicas principalmente en las adenopatías crónicas. La evaluación padronizada llevando en cuenta principalmente la edad del paciente, tiempo de evolución, localización y las características a la palpación de la masa, han facilitado el diagnóstico diferencial de esta patología entre nosotros.

Lecturas recomendadas

1. Al-Serhani A M. – Mycobacterial infections of the head and neck: presentation and diagnosis – *Laryngoscope* 2001; 111: 2012-6.
2. Stanievichi, J. F. – Cervical adenopathy. In: Bluestone, C.D.; Stool, S. E. Scetz, M. D. (eds) – *Pediatric Otolaryngology*. 2nd ed. Philadelphia, W. B. Scennders, 88: 1317-1327, 1990.
3. Myeer, C. M. – Congenital neck masses. In Paparella, M. M.; Shunrick, D. A. (eds) – *Otolaryngology* 3rd ed, Philadelphia, W. B. Saunders, 42, p-2535-2543, 1991.
4. Urquhact, A., Berg R. Hodgkins and non-Hodgkins lymphoma of the head and neck – *Laryngoscope* 2001; 111 (9): 1565-9.
5. Barnes L. A. *Manual of Pediatric Physical Diagnosis*. 4th edition. Chicago: year Book Medical Publishers Inc., 1972: 46-7.
6. Lane RJ, Keane WM, Potsic WP. Pediatric infectious cervical Lymphadenitis. *Otolaryngology* 1980; 88:332-5.