

Diagnóstico Diferencial de las Masas Cervicales en Niños

*Agrício Nubiato Crespo, Rodrigo Cesar e Silva,
Amarilis Meléndez y José Nélio Cavinatto*

Introducción

La presencia de una masa cervical representa siempre un desafío diagnóstico para el otorrinolaringólogo o el médico clínico. El objetivo de este capítulo es ofrecer un modelo simple y práctico para la evaluación de pacientes que presentan una masa cervical como principal expresión de su enfermedad.

En el recién nacido, se considera como anómala cualquier masa o linfonodo cervical palpable, independientemente del tamaño. Para la edad entre los 6 meses y 12 años se consideran como anormales linfonodos mayores o iguales a 1 cm y, en el adulto, cuando son iguales o mayores a 3 cm. La frecuencia de estos hallazgos, encontrados en el 38-45% de los niños sanos, y el amplio espectro de diagnósticos posibles, enfatizan la necesidad de un abordaje organizado.

Evaluación Clínica

En la historia y en el examen físico se destacan cuatro elementos fundamentales: edad, tiempo de duración de la masa, localización en el cuello y características a la palpación (consistencia, tamaño, movilidad, presencia de dolor, calor y fluctuación). Los síntomas asociados y el uso de medicaciones también ayudan en el direccionamiento de las hipótesis diagnósticas.

Las linfadenopatías cervicales bilaterales son generalmente causadas por infecciones virales de la vía aérea superior (IVAS) o la faringitis estreptocócica, en cuanto la linfadenitis aguda unilateral es provocada por infecciones estafilocócicas en un 40-80% de los casos. Los síntomas asociados de fiebre, sudoración nocturna y pérdida ponderal sugieren el diagnóstico de linfoma o tuberculosis. Si ocurriera dolor de garganta, fiebre y tos, un cuadro de IVAS es más probable. El uso de medicaciones como isoniazida y fenitoína levanta la hipótesis de linfadenopatía provocada por esas drogas.

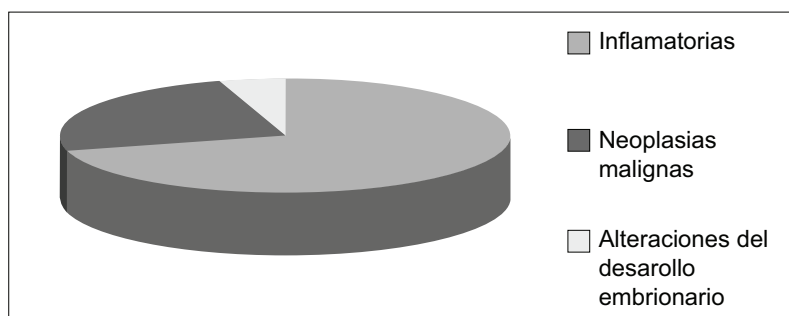
Estimamos que 75% de las masas cervicales en niños y adolescentes corresponden a adenopatías inflamatorias o infecciosas, siendo que algunos microorganismos tienen predilección por determinados grupos etarios (**Tabla 1**)

Tabla 1. Infecciones frecuentes según las faja etaria

Neonatos	< 1 año	1-4 años	5-15 años
<i>S. aureus</i> <i>S. pyogenes</i> del Grupo B	<i>S. aureus</i> <i>S. pyogenes</i> del Grupo B Enfermedad de Kawasaki	<i>S. aureus</i> <i>S. pyogenes</i> del Grupo A	Bacterias anaeróbicas Toxoplasmosis Enfermedad por arañazo de gato Tuberculosis

Modificado de: Chesney PJ. Cervical lymphadenopathy. *Pediatric Rev* 1994;15:276-284.

Menos del 5% son causadas por neoplasias malignas y cerca del 20% por alteraciones del desarrollo embrionario (**Figura 1**).

Figura 1. Masas cervicales en la edad de 0 a 15 años.

Investigaciones complementarias

Exámenes laboratoriales

El hemograma completo puede ayudar al diagnóstico de linfadenitis bacteriana, que frecuentemente se acompaña de leucocitosis con desviación a la izquierda. La linfocitosis atípica puede ser encontrada en la mononucleosis infecciosa, en cuanto la pancitopenia con la presencia de células blásticas sugiere leucemia. Test cutáneos para tuberculosis deben ser realizados si hubiera sospecha de esta infección. Exámenes adicionales incluyen serologías pa EBV, citomegalovirus, toxoplasmosis y *Bartonella henselae*.

Exámenes de imagen

Los exámenes de imagen tienen poco valor en el diagnóstico de enfermedades inflamatorias agudas. La radiografía de tórax es importante en la evaluación de las enfermedades granulomatosas, principal causa de adenopatías cervicales crónicas. La ultrasonografía y la tomografía computarizada ayudan a diferenciar masas sólidas de quísticas, así como determinar la presencia y grado de supuración o infiltración de estructuras vecinas.

Biopsia de linfonodos

El examen histopatológico ofrece poca ayuda en enfermedades inflamatorias agudas por la ausencia de alteraciones características específicas. El examen está indicado, sin embargo, en los casos de adenopatías progresivas o persistentes después de 12 semanas. Recordemos que ese número es apenas una aproximación didáctica.

Empezamos con una biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) que, en manos experimentadas, es un excelente método para distinguir entre enfermedad benigna y maligna, además de fortalecer el diagnóstico etiológico de las causas infecciosas mediante el cultivo. En los casos en que se sospecha una enfermedad linfoproliferativa, está indicada la biopsia excisional para estudio patológico.

Etiologías más frecuentes

Las causas más comunes de masas cervicales pueden ser clasificadas en cuatro grandes grupos:

1. Linfadenopatías infecciosas
2. Malformaciones linfáticas y vasculares
3. Alteraciones del desarrollo embrionario
4. Neoplasias malignas

1. Linfadenopatías

Las linfadenopatías cervicales infecciosas pueden ser clasificadas según su evolución en agudas y crónicas.

1.1. Agudas

La **Tabla 2** presenta las principales causas de linfadenopatías inflamatorias agudas según su etiología.

Tabla 2. Causas de linfadenopatías inflamatorias agudas

Virus	Bacterias	Protozoarios
Linfadenitis reaccional viral	<i>S. aureus</i>	Toxoplasmosis
Mononucleosis infecciosa	<i>S. pyogenes</i> del Grupo A	Esquistosomosis
Citomegalovirus	Anaerobio	
Rubéola	Difteria	
Sarampión	Enfermedad por arañazo de gato	
Herpes simples	Tuberculosis	
SIDA/AIDS		

Linfadenitis reaccional viral

Es la causa más común de linfadenopatía cervical inflamatoria, secundaria a infección de las vías aéreas superiores. Los agentes etiológicos más frecuentes son los rinovirus, influenza, coronavirus, adenovirus, reovirus y virus sincitial respiratorio. Generalmente los cuadros son autolimitados, presentando resolución entre 5 a 10 días. *Varicella zoster* y *Herpes simples* también causan adenopatías que pueden mantenerse por más de 14 días. El tratamiento es sintomático.

Mononucleosis infecciosa

Es causada por el virus de Epstein-Barr (EBV). Su transmisión se da por el contagio directo con gotitas salivales. El cuadro de fiebre, odinofagia, mialgia y mal estar es de expresión variable, pudiendo ser subclínico en la infancia. La

adenopatía cervical, que ocurre en cerca del 80-90% de los pacientes, aparece más comúnmente como conglomerados de linfonodos fibroelásticos y móviles, que involucionan en el período de algunas semanas. Hepatomegalia y elevación de las enzimas hepáticas ocurren en paraticamente todos los pacientes. El diagnóstico es clínico y de laboratorio, con hemograma (linfocitosis absoluta o relativa, linfocitosis atípica) y serológicas. El tratamiento es sintomático.

Infección por citomegalovirus

El cuadro clínico es semejante a una gripe común con adenopatía cervical poco sintomática. El hemograma presenta linfocitos atípicos y la serología específica es realizada con reacción de fijación del complemento. El tratamiento es sintomático.

SIDA/AIDS

Es ocasionada por el virus HIV. Puede causar linfadenopatía por la infección directa del HIV, por las infecciones oportunistas o por neoplasias. La utilización de la biopsia por aspiración con aguja fina o la biopsia abierta es de poco valor para el esclarecimiento diagnóstico, más es útil para descartar otros diagnósticos como linfoma. El tratamiento es hecho con antirretrovirales combinados.

Toxoplasmosis

Es ocasionada por el *Toxoplasma gondii*, un protozooario intracelular. La transmisión se da mediante la ingestión de quistes de toxoplasma contenidos en carnes crudas o mal cocinadas y otros alimentos contaminados. Los síntomas clínicos aparecen en 10-20% de los casos, con cuadros semejantes al de una gripe común: fiebre, escalofríos, letargia y odinofagia. La linfadenopatía cervical es poco sintomática e incluye el triángulo posterior del cuello. El diagnóstico es clínico y serológico. El tratamiento es con sulfadiazina y peirmetamina.

Enfermedad por arañazo de gato (EAG)

La EAG típica, causada por la *Bartonella henselae*, ocurre en todas las edades. Generalmente 3-10 días después del contacto con el gato infectado, aparece una pápula indolora que mide 1-10 mm, que persiste por cerca de 14 días. Menos del 25% de los pacientes tienen síntomas sistémicos (fiebre baja y malestar). Manifestaciones atípicas pueden ocurrir hasta en el 20% de los pacientes, y diferentes órganos pueden ser afectados: ojos, hígado, bazo, sistema nervioso central, piel, huesos y otros.

La serología constituye la base para el diagnóstico en el paciente inmunocompetente. Anticuerpos IgM raramente aparecen en el periodo inicial de la EAG, pero se pueden observar títulos de IgG en ascensión. La utilización de la PCR en muestras de linfonodos, de pus aspirado y fragmentos de biopsia tiene la mayor sensibilidad diagnóstica. El tratamiento puede ser con macrólidos o quinolonas.

Linfadenitis purulenta

El *Staphylococcus aureus* y el *Streptococcus pyogenes* del Grupo A (GAS) son los agentes etiológicos más comunes. El cuadro clínico es de una infección de vías aéreas superiores, fiebre, linfonodomegalia, odinofagia y letargia. Inicialmente los linfonodos palpados son discretos y después confluyen y fluctúan. Puede

haber signos flogísticos locales. El tratamiento es la antibioterapia y drenaje de la secreción.

1.2. Crónicas.

Micobacteriosis atípica

Numerosas cepas constituyen los agentes etiológicos. Compromete generalmente niños en la faja etaria de 1-4 años, de buen nivel socioeconómico. La linfadenopatía es unilateral con varios linfonodos cervicales altos. La piel sobre el linfonodo no presenta calor o edema, pero si eritema intenso y, con la evolución, se presentará la coloración lila característica. La radiografía de tórax es normal en el 97% de los pacientes y la PPD es negativa o con reacción escasa. En dos tercios de los casos ocurre regresión espontánea, en cuanto que el restante puede fistulizar crónicamente. En este caso generalmente no hay respuesta al tratamiento clínico, siendo necesaria la remoción quirúrgica.

Tuberculosis ganglionar

Ocasionada por el *M. tuberculosis* o *M. bovis*. Es más común en adultos entre los 20 a 40 años de edad y secundaria a tuberculosis pulmonar. Compromete con más frecuencia linfonodos supraclaviculares o cervicales bajos, que se presentan fibroelásticos o ablandados, con o sin signos flogísticos. La forma pura de tuberculosis ganglionar, sin compromiso pulmonar, ocurre en individuos saludables, sin compromiso del estado general. La PPD es fuertemente positivo y el diagnóstico puede ser confirmado por la investigación de BAAR en la biopsia aspirativa o excisional del linfonodo. El tratamiento consiste en el esquema triple.

Blastomicosis

Ocasionada por el *Paracoccidioidomycosis brasiliensis*. Compromete más a los hombres entre los 20 a 50 años de edad. Está asociada a lesiones mucocutaneas y viscerales. Los linfonodos cervicales están aumentados de tamaño y endurecidos inicialmente, pudiendo suavizarse y fistulizar después. El diagnóstico se hace por el hallazgo del hongo en la lámina de muestras de linfonodo por medio de BAAF y serologías específicas. El tratamiento es a base de sulfas por un periodo prolongado.

2. Malformaciones linfáticas y vasculares

Linfangiomas

También conocidos como higromas quísticos, los linfangiomas son malformaciones congénitas resultantes del bloqueo de canales linfáticos. Generalmente están presentes desde el nacimiento y se manifiestan hasta los dos años de edad como masas muy blandas, indoloras, multilobuladas, más frecuentes en el triángulo cervical posterior. La mayoría presentan un crecimiento lento, pero uno rápido puede ocurrir después de infección o hemorragia en el interior de la lesión, ocasión en que puede haber compresión de las vías aéreas. El diagnóstico es sugerido por medio de las características palpatorias de la masa, pudiendo ser auxiliado mediante el ultrasonido cervical. La delimitación exacta de la lesión puede ser hecha mediante la tomografía computarizada para el planeamiento quirúrgico, que está indicado cuando hay compromiso funcional o estético.

Hemangiomas

Son los tumores más comunes de la infancia, presentándose en el 2,6% de los neonatos y el 12% de los niños hasta el año de edad. La cabeza y el cuello son los sitios más frecuentes, siendo encontrados en la piel y en las estructuras profundas de la cara y el cuello. Hemangiomas infantiles generalmente crecen rápidamente hasta los 9-10 meses de edad, con regresión espontánea lenta, que puede durar hasta 10 años. La mayoría son pequeños y asintomáticos, por lo que no requieren tratamiento.

En 5-10% de los casos, por otro lado, pueden tener síntomas clínicos importantes, con deformidades cosméticas y déficit funcionales (disturbios de deglución, por ejemplo). En esa situación puede emplearse un tratamiento quirúrgico o un tratamiento clínico con corticoterapia en altas dosis (2mg/Kg/día), seguidas de una dosis de manutención prolongada, e interferón.

3. Alteraciones del desarrollo embrionario

Anomalías branquiales

Los quistes branquiales son remanentes de los aparatos branquiales, más frecuentemente de la segunda y tercera hendiduras. Generalmente se manifiestan entre la segunda y cuarta décadas de la vida como una masa quística en el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo, con aumento del volumen durante los cuadros de infecciones del tracto respiratorio superior.

En el examen de ultrasonido, aparece como un quiste de paredes finas, relleno por fluido anecoico. El tratamiento es quirúrgico, cuando hay signos clínicos de infección a repetición o incomodidad estética.

Quiste del conducto tirogloso

Es la alteración del desarrollo embrionario más frecuente. Constituye el resto embrionario del ducto tirogloso, que se extiende desde el foramen ciego de la base de la lengua hasta el lóbulo piramidal de la glándula tiroidea. Generalmente se encuentra en la línea media del cuello o en situación paramediana a la altura o debajo del hueso hioides. El tratamiento es quirúrgico, siendo la resección de la porción central del hioides importante para evitar recurrencias.

Quiste dermoide

Están compuestos de las tres hojas germinativas. Se presenta frecuentemente como una masa quística en el piso de la cavidad oral, en la región submentonina o en la región mediana del cuello. En esta última presentación no presenta movilidad a la protrucción de la lengua. El tratamiento es quirúrgico con remoción completa de la masa.

4. Neoplasias malignas

Linfomas

En la enfermedad de Hodgkin, la presentación típica es la adenopatía supraclavicular y yugular baja. Síntomas sistémicos, tales como fiebre, pérdida ponderal y sudoración nocturna, ocurren en una minoría de los pacientes. La linfadenopatía mediastinal ocurre en aproximadamente la mitad de los pacientes.

El linfoma no Hodgkin afecta los linfonodos cervicales más superiores tan

frecuentemente como los inferiores. El triángulo posterior también es comúnmente comprometido. La linfadenopatía cervical bilateral está presente en cerca del 25% de los pacientes. Otros sitios de compromiso no linfonodal son las estructuras del anillo de Waldeyer (amígdalas, base de la lengua y rinofaringe), cavidad nasal, cavidades paranasales, y otros menos comunes, como la glándula tiroidea, cavidad oral, laringe y la órbita. El diagnóstico es histopatológico, con biopsia excisional de un linfonodo representativo, o de un fragmento generoso de tejido en los casos de compromiso no linfonodal. Los exámenes de imagen (tomografía computarizada y resonancia magnética) son útiles en el estudio de la enfermedad, planeamiento terapéutico y en el seguimiento de la respuesta al tratamiento.

5. Otras etiologías

Sarcoidosis

Es una enfermedad granulomatosa de etiología desconocida. Ocurre más en mujeres entre los 20 y 40 años. La linfonodomegalia está presente en 70-90% de los casos, asociada o no a enfermedad pulmonar, hipercalcemia, disturbios cardíacos y lesiones de piel. El tratamiento es a base de corticoesteroides.

Enfermedad de Kawasaki

Ocurre en niños por debajo de los tres años, siendo rara después de los ocho años. Su etiología no está completamente esclarecida. La enfermedad es caracterizada por fiebre y cuatro de los siguientes signos: conjuntivitis bilateral no exudativa, alteraciones de la mucosa orofaríngea, eritema en las extremidades, exantema poliformo y adenopatía por lo menos por cinco días. El tratamiento es con aspirina e inmunoglobulina intravenosa en altas dosis.

Enfermedad de Castleman

Es una enfermedad benigna de etiología desconocida, que ocurre en individuos en una amplia faja etaria (6 a 60 años). Hay compromiso de un único sitio de linfonodos, que generalmente tienen 3-10 cm de diámetro. Puede ocurrir fiebre, fatiga y sudoración nocturna. La biopsia excisional es diagnóstica y terapéutica.

Lecturas recomendadas

1. Leung KC, Robson WL. Childhood cervical lymphadenopathy. *J Pediatr Health Care* 2004;18:3-7.
2. Turkington JRA, Paterson A, Sweeney LE, Thornbury GD. Neck masses in children. *Br J Radiol* 2005;78:75-85.
3. Metry D. Update on hemangiomas of infancy. *Curr Opin Pediatr* 2004;16:373-7.
4. Ridder GJ, Boedeker CC, Ihling KT, Sander A. Cat-scratch disease: otolaryngologic manifestations and management. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2005;132:353-8.
5. Crespo AN, Chone CT. Massas cervicais. In: Campos CAH, Costa HOO (eds) – Tratado de Otorrinolaringología. Editora Rocha Ltda., 2003:238-44.