

Unidad de autoenseñanza

Estudio del paciente con linfadenopatía

Dr. Emilio Alonso Núñez,
Jefe de Sección
de Medicina Interna,
Hospital General
"General Ignacio Zaragoza",
ISSSTE.

Instrucciones

Esta es una unidad de autoenseñanza. Su manejo es sencillo y no requiere de la presencia física de un profesor para que se cumpla el proceso de enseñanza-aprendizaje. Para obtener de ella la máxima utilidad, es necesario que observe las siguientes reglas:

1. Lea cuidadosamente los enunciados donde se le proporciona la información.
2. Resuelva los problemas planteados.
3. Compruebe que la solución que ha dado a dichos problemas es similar a la anotada después de cada marca como la siguiente:

xxxxxxxxxx

Desde luego, no deberá consultar la solución expresada en esta unidad hasta que haya emitido la suya propia.

Estudio del paciente con linfadenopatía

En clínica, el médico suele empezar su examen diagnóstico con la historia y la exploración física. Al descubrir algún complejo de síntomas o signos, como la linfadenopatía, el médico procede al diagnóstico diferencial, considerando ordenadamente las diversas enfermedades que se sabe producen las manifestaciones que acaba de observar. La probabilidad de la presencia de una o más de las enfermedades que está considerando aumenta cuando existen nuevos datos que afirman las posibilidades correspondientes. Estos datos se logran por el estudio sistemático del paciente que incluye varias pruebas de laboratorio y medidas especiales como la biopsia ganglionar. La investigación se dirige primeramente hacia las enfermedades probables pos-

poniéndose las pruebas específicas para trastornos posibles pero poco probables.

Causas de linfadenopatía

I. Linfadenopatía localizada

A. Por infecciones:

1. Infecciones bacterianas agudas (por estafilococos o por estreptococos).
2. Micosis (actinomicosis cervicobuccal)
3. Protozoarios (toxoplasmosis, tripanosomiasis)
4. Sífilis
5. Linfogranuloma venéreo
6. Tuberculosis
7. Turalemia
8. Enfermedad por rasguño de gato.

B. Por metástasis:

1. Axilar en el caso del carcinoma de mama
2. Cervical en el caso del carcinoma nasofaríngeo o de tiroides
3. Supraclavicular derecho en el caso del carcinoma pulmonar o supraclavicular izquierdo (Virchow) en carcinoma gastrointestinal

C. Por anomalías congénitas (linfangiomas).

D. Por enfermedades que habitualmente causan linfadenopatía generalizada, pero que ocasionalmente sólo presentan linfadenopatía localizada como en el caso de la enfermedad de Hodgkin.

E. Por enfermedades que causan linfadenopatía generalizada, pero que sólo presentan linfadenopatía localizada como en el caso de la enfermedad de Hodgkin.

Anote a continuación tres causas de linfadenopatía localizada por metástasis:

1. _____
2. _____
3. _____

Si usted anotó tres de las siguientes ocho causas de linfadenopatía localizada, por infecciones:

1. Estafilocóccias, estreptocóccias
2. Actinomicosis cervicobucal
3. Toxoplasmosis, tripanosomiasis
4. Sífilis
5. Linfogranuloma venéreo
6. Tuberculosis
7. Tularemia
8. Enfermedad por rasguño de gato

y las tres siguientes causas de linfadenopatía localizada, por metástasis:

1. Carcinoma de mama.
2. Carcinoma nasofaríngeo o de tiroides.
3. Carcinoma pulmonar o gastrointestinal.

¡Felicidades!, porque sus respuestas son correctas y puede seguir adelante. Pero si sus respuestas fueron diferentes, tendrá que volver a repasar lo referente al tema antes de seguir adelante.

II. Linfadenopatía Generalizada

A. Por infecciones:

1. Agudas: mononucleosis infecciosa, rubeola, sarampión, hepatitis infecciosa, dermatitis generalizada.
2. Crónicas: tuberculosis, sífilis, sarcoidosis.

B. Por reacciones de hipersensibilidad y enfermedades del tejido conectivo: enfermedad del suero, lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide y enfermedad de Still, hipersensibilidad a drogas y otros agentes.

C. Por enfermedad linfática primaria:

1. Enfermedad de Hodgkin
2. Linfosarcoma
3. Sarcoma de células reticulares

D. Por Leucemias:

E. Por endocrinopatías:

1. Hipertiroidismo.
2. Insuficiencia suprarrenal.
3. Hipopituitarismo.

Anote a continuación seis causas de linfadenopatía localizada por infecciones:

1. _____
2. _____
3. _____

4. _____
5. _____
6. _____

Anote cinco causas de linfadenopatía generalizada por padecimientos infecciosos:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Anote ahora tres causas de linfadenopatía generalizada por reacciones de hipersensibilidad o por enfermedades del tejido conectivo:

1. _____
2. _____
3. _____

Mencione dos causas de linfadenopatía generalizada por padecimientos linfoproliferativos y una por endocrinopatía:

1. _____
2. _____
3. _____

Si usted anotó cinco de las siguientes causas de linfadenopatía generalizada, por padecimientos infecciosos:

1. Mononucleosis infecciosa
2. Rubeola
3. Sarampión
4. Hepatitis infecciosa
5. Dermatitis generalizada
6. Tuberculosis
7. Sífilis
8. Sarcoidosis

Tres de las siguientes cuatro causas de linfadenopatía generalizada, por reacciones de hipersensibilidad o por enfermedades del tejido conectivo:

1. Enfermedad del suero
2. Lupus eritematoso sistémico
3. Artritis reumatoide y enfermedad de Still
4. Hipersensibilidad a drogas y otros agentes

Dos de las siguientes tres causas de linfadenopatía generalizada, por enfermedad linfática primaria:

1. Enfermedad linfática primaria
2. Linfosarcoma
3. Sarcoma de células reticulares

Y una de las siguientes tres causas de linfadenopatía generalizada, por endocrinopatías:

1. Hipertiroidismo
2. Insuficiencia suprarrenal
3. Hipopituitarismo

¡Felicidades!, porque sus respuestas son correctas y puede seguir adelante; pero si sus respuestas fueron diferentes, no desmaye, repase nuevamente lo referente al tema antes de seguir adelante.

Historia clínica

Como ocurre en casi todos los problemas diagnósticos, resulta esencial una buena historia clínica. Incluso es útil saber la edad del paciente, porque las infecciones generales más benignas, como la rubeola y la mononucleosis infecciosa, son comunes en niños y adultos jóvenes; pero raras a mitad de la vida, y en personas de edad avanzada. Tanto la duración de la adenopatía como la presencia o ausencia de diversos síntomas ayudan a definir cuál de los diagnósticos posibles es el más probable. El desarrollo reciente de adenopatía no excluye una neoplasia, aun cuando lo más probable es que se deba a un proceso infeccioso agudo. Por el contrario, la persistencia de linfadenopatía durante meses hace poco probable que la causa sea una infección aguda. Los síntomas de localización, como dolor e hipersensibilidad en el ganglio, y los signos de inflamación asociados, como la faringitis por ejemplo, favorecen el diagnóstico de infección. El antecedente de pérdida de peso, fiebre recurrente, diaforesis nocturna y prurito sugiere la presencia de enfermedad general, sobre todo del grupo linfomatoso.

Anote dos causas de linfadenopatía que comúnmente se presentan en la infancia.

1. _____
2. _____

Señale tres características que hagan pensar en infección como causa de linfadenopatía localizada.

1. _____
2. _____
3. _____

Anote tres datos que fortalezcan el diagnóstico de proceso linfomatoso como causa de linfadenopatía generalizada:

1. _____
2. _____

3. _____

Si usted anotó rubeola y mononucleosis infecciosa como causa de linfadenopatía que comúnmente se presenta en los niños; mencionó desarrollo reciente de linfadenopatía, dolor localizado en el ganglio y signos de inflamación ganglionar, como características que hacen pensar en infección, como causa de linfadenopatía localizada; y anotó tres de las siguientes cuatro características que favorecen el diagnóstico de proceso linfomatoso como causa de linfadenopatía generalizada:

1. Persistencia de linfadenopatía durante semanas o meses
3. Diaforesis nocturna
4. Fiebre recurrente

¡Eureka!, porque sus respuestas son correctas y puede seguir adelante; pero si sus respuestas fueron diferentes, no se desanime, repase nuevamente lo referente al tema antes de seguir adelante.

Examen físico

El examen físico, en particular las características de los ganglios superficiales, brinda información muy útil. Tiene importancia la distribución, volumen, consistencia y movilidad de los ganglios, al igual que la presencia o ausencia de hipersensibilidad en los mismos; probablemente lo esencial sea determinar si la adenopatía es local o general. Si la participación de los ganglios es general, también hay que pensar en una enfermedad general, excluyendo las adenitis regionales. Si la participación ganglionar parece localizada, ello no excluye las enfermedades generales; pero debe considerarse en primer lugar la posibilidad de una enfermedad asociada, infecciosa o neoplásica, en la zona drenada por los ganglios linfáticos aumentados de volumen.

En todo paciente con ganglios infartados, el volumen de éstos debe estimarse con cuidado, y de preferencia registrarlos en centímetros, mejor que con términos imprecisos como “del diámetro de un huevo” o “de un garbanzo”. La estimación del volumen de los ganglios proporciona cierta indicación acerca de la presencia de algunas enfermedades. En el hipertiroidismo y en la enfermedad del suero, los ganglios rara-

mente tienen más de 0.5 a 1 cm de diámetro, en el lupus generalizado rara vez miden más de 1 a 3 cm.

En las enfermedades del grupo linfomatoso los ganglios pueden estar muy aumentados. Las estimaciones cuidadosas del volumen de los ganglios y la constancia de los mismos, son muy útiles para vigilar el progreso de la enfermedad mientras el paciente sigue en observación. La presencia de dolor a la presión en un ganglio suele indicar que está infectado; pero los ganglios también están hipersensibles en algunos pacientes con otras enfermedades, en particular la de Hodgkin.

La fijación de un ganglio a la piel o a los tejidos profundos implica que la infección o la neoplasia ya ha invadido la zona vecina. Los trayectos fistulosos o las cicatrices en una zona de adenopatía harán sospechar tuberculosis o micosis. Un ganglio relativamente pequeño de consistencia pétrea hará sospechar carcinoma metastásico; pero los extraordinariamente duros, y que miden varios centímetros de diámetro, también pueden depender de calcificación, sarcoma y tuberculosis.

En las enfermedades del grupo linfomatoso es característico que los ganglios sean bastante duros, como caucho, y algo elásticos, aunque son frecuentes las excepciones. La forma normal del ganglio, como frijol, tiene mayor tendencia a conservar en caso de infección que en caso de neoplasia.

El descubrir un foco de infección en una zona anatómicamente relacionada con la adenopatía suele justificar el diagnóstico de adenitis regional. La presencia de esplenomegalia y hepatomegalia hará sospechar un proceso infeccioso generalizado o una enfermedad del grupo linfomatoso. Si el bazo está duro y llega a la mitad del camino hacia el ombligo o más abajo, el paciente probablemente sufra un trastorno crónico, como leucemia mielocítica crónica.

Teniendo en cuenta la información anterior, conteste las siguientes preguntas:

1. En un paciente con linfadenopatía generalizada, ganglios de consistencia ahulada, voluminosos y prácticamente indoloros, debe pensarse que la causa más probable es: _____

2. La presencia de dolor y signos de flogosis en un ganglio indican que la causa de la linfadenopatía más probable es:

3. La fijación de un ganglio a la piel o tejido profundos, implica:

4. Los trayectos fistulosos o cicatrices en una zona de adenopatía harán sospechar;

5. Un ganglio relativamente pequeño, de consistencia pétrea hará sospechar:

6. La presencia de hepatoesplenomegalia además de la linfadenopatía debe hacer pensar en:

Si usted anotó que en un paciente con linfadenopatía generalizada, ganglios de consistencia ahulada, voluminosos y prácticamente indolores, debe pensarse que la causa más probable sea enfermedad linfomatososa; que la presencia de dolor y signos de flogosis en un ganglio probablemente indican infección como causa de la linfadenopatía; si mencionó que la fijación de un ganglio a la piel o tejidos profundos implica invasión a la zona vecina; que los trayectos fistulosos o cicatrices en una zona de adenopatía hacen sospechar tuberculosis o micosis; si notó que un ganglio relativamente pequeño de consistencia pétreo hace pensar en carcinoma metastásico o calcificación; y si mencionó que la presencia de hepatoesplenomegalia hace sospechar proceso infeccioso generalizado o enfermedad linfomatososa. . . ¡Felicidades!, porque sus respuestas fueron correctas y puede seguir adelante; pero si sus respuestas fueron diferentes, no desmaye, repase nuevamente lo referente al tema antes de seguir adelante.

Exámenes de laboratorio

A veces establecen el diagnóstico en pacientes con ganglios aumentados en volumen; otras, permiten excluir diversas enfermedades. Están indicados obligadamente los estudios sistemáticos de sangre, como el hematócrito, la cuenta de leucocitos y el recuento diferencial. Con ellos suele descubrirse la presencia de leucemia cuando existe, y establecerse provisionalmente o excluirse el diagnóstico de enfermedades como mononucleosis infecciosa.

Un aumento de los granulocitos habla en pro de infección bacteriana o enfermedad de Hodgkin; un aumento de linfocitos “atípicos” hará pensar en mononucleosis infecciosa o proceso por virus. La monocitosis hará sospechar enfermedad de Hodgkin, tuberculosis o brucelosis.

La presencia de anemia indica que el paciente probablemente sufre algo más que una infección localizada. Brindan información más definitiva los exámenes específicos como el de aglutinación heterófila y las pruebas de aglutinación para brucelosis y tularemia. A veces son muy útiles las cutirreacciones para tuberculosis y micosis. Quizá sean necesarios intentos repetidos para demostrar la presencia de “células de

lupus eritematoso”.

En algunos pacientes son importantes otros estudios, como la electroforesis de las proteínas séricas y la aspiración de médula ósea para obtener material destinado a cultivos y estudios citológicos.

Basado en la información proporcionada, conteste las siguientes preguntas:

1. En un paciente con linfadenopatía cuya cuenta diferencial leucocitaria reveló granulocitosis, la causa más probable será:

2. Un aumento de los linfocitos “atípicos” debe hacer pensar en:_____

3. Pruebas de cutirreacción positivas indicarán que la causa más probable de la linfadenopatía es:_____

Si usted anotó que en un paciente con linfadenopatía cuya cuenta leucocitaria diferencial revela granulocitosis, la causa probable sea una infección bacteriana o enfermedad de Hodgkin; si mencionó que un aumento en el número de los linfocitos “atípicos” hace sospechar mononucleosis infecciosa; y si anotó que pruebas de cutirreacción positivas probablemente indiquen tuberculosis o micosis como causa de la linfadenopatía. . .

¡Felicidades!, porque sus respuestas fueron acertadas y puede continuar; pero si sus respuestas fueron diferentes, no se desanime, repase nuevamente lo referente al tema antes de seguir adelante.

Examen radiográfico

Los estudios radiológicos suelen brindar información útil acerca de la índole del proceso que se manifiesta por aumento de volumen de

Educación médica (concluye)

los ganglios superficiales. Suele necesitarse una radiografía de tórax para descubrir enfermedad de los pulmones y determinar la eventual existencia de ganglios en zonas hiliares o mediastino.

La localización, el número y el aspecto de las lesiones pulmonares pueden indicar la probabilidad de tuberculosis, micosis, carcinoma primario, metastático u otro proceso. Los detalles sobre aspecto y localización de los ganglios afectados, en las zonas hilar y mediastínica pueden ayudar a distinguir el sarcoide de un proceso de grupo linfomatoso.

El examen del aparato digestivo a veces descubrirá un carcinoma primario que se sospechó por la presencia del ganglio de Virchow detrás de la inserción del esternocleidomastoides izquierdo. Los signos radiológicos de infiltración difusa del estómago y de pliegues hipertrofiados favorecen el linfosarcoma más que la enfermedad de Hodgkin y otros trastornos que pueden acompañarse de adenopatía superficial.

Los signos de participación esquelética indican que probablemente la adenopatía es parte de un trastorno grave como sarcoidosis.

Anote tres signos radiológicos de utilidad diagnóstica que se pueden encontrar en la placa de tórax de un paciente con linfadenopatía superficial:

1. _____
2. _____
3. _____

En un paciente en el que se detectó un ganglio de Virchow, es probable que la serie esofagogastrroduodenal muestre:

Los signos radiográficos de infiltración difusa del estómago y de pliegues hipertrofiados en un paciente con linfadenopatía superficial favorece más probablemente el diagnóstico de:

Los signos radiográficos de participación, o sea la presencia de linfadenopatía generalizada, indican que la causa probable sea:

Si usted anotó tres de los siguientes cinco signos de utilidad diagnóstica que se pueden encontrar en la radiografía de tórax de un paciente con linfadenopatía superficial:

1. Signos de TBP
2. Signos de micosis
3. Carcinoma pulmonar primario
4. Carcinoma metastásico
5. Enfermedad linfomatosa

Si mencionó que, en un paciente con ganglio de Virchow, la serie esofagogastrroduodenal probablemente muestre un carcinoma gástrico; si anotó que la presencia de signos radiológicos de infiltración difusa del estómago y de pliegues hipertrofiados en un paciente con linfadenopatía superficial indican como causa probable el diagnóstico de linfosarcoma; y si mencionó que los signos radiológicos de participación ósea en presencia de linfadenopatía generalizada indican que la causa probablemente sea sarcoidosis. . .

¡Eureka!, por que sus respuestas fueron correctas.