


ARTÍCULO ORIGINAL

Caracterización de pacientes con síndrome adénico

Edelkis Mederos Muro¹ , Dianelí Lorely Reyes Hernández^{1*} , Oscar Rogelio Estupiñán Martínez¹ , Bárbaro Reimundo Cruz Vizcaíno¹ 

¹Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Universitario “Arnaldo Milián Castro”, Santa Clara, Villa Clara, Cuba

*Dianelí Lorely Reyes Hernández. dianelirh@infomed.sld.cu

Recibido: 08/02/2022 - Aprobado: 11/07/2022

RESUMEN

Introducción: el aumento de volumen de los ganglios linfáticos produce un grupo de síntomas y signos que constituyen el síndrome adénico. Se denomina adenopatía a la enfermedad del ganglio linfático.

Objetivo: caracterizar a los pacientes que ingresaron con síndrome adénico en el Servicio de Medicina Interna en el período de 2016 a 2018.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal. La población estuvo constituida por los pacientes que ingresaron con diagnóstico de síndrome adénico a los que se les realizó biopsia ganglionar con diagnóstico clínico y patológico concluyente, con un total de 103 pacientes.

Resultados: predominaron las adenopatías malignas en el 74,8%, la edad media de los pacientes fue de 57,48±17,25 años y predominó el sexo masculino (60,2%), las metástasis ganglionares fueron las más frecuentes (33%), el cáncer de pulmón, con nueve pacientes, encabezó las causas de metástasis ganglionar y predominaron las adenopatías localizadas con un 68% (el 36% fue de localización cervical). En los pacientes con adenopatías malignas predominó la edad mayor de 50 años, el sexo masculino, el color blanco de la piel, la localización supraclavicular, la presencia de síntomas acompañantes como la pérdida de peso y la sudoración y de signos como la palidez cutaneomucosa y la esplenomegalia.

Conclusiones: predominaron las adenopatías malignas, la localización cervical, los pacientes con edad media próxima al adulto mayor, masculinos y blancos. Las metástasis fueron más frecuentes en el cáncer de pulmón. La pérdida de peso, la sudoración, la palidez y la esplenomegalia fueron los síntomas y signos más hallados.

Palabras clave: síndrome adénico; linfaadenopatía; ganglio linfático; metástasis; biopsia

ABSTRACT

Introduction: enlarged lymph nodes produce a group of symptoms and signs that constitute the adenopathy syndrome. Lymph node disease is called adenopathy.

Objective: to characterize patients who were admitted with adenoid syndrome to the Internal Medicine Service in the period from 2016 to 2018.

Methods: a descriptive cross-sectional study was performed. The population consisted of patients admitted with a diagnosis of adenoid syndrome who underwent lymph node biopsy with a conclusive clinical and pathological diagnosis, with a total of 103 patients.

Results: malignant adenopathies predominated in 74.8%, the average age of the patients was 57.48 ± 17.25 years and male sex predominated (60.2%), lymph node metastases were the most frequent (33%), lung cancer, with nine patients, headed the causes of lymph node metastases and localized adenopathies predominated with 68% (36% were of cervical location). In patients with malignant lymphadenopathies, age over 50 years, male sex, white skin color, supraclavicular location, presence of accompanying symptoms such as weight loss and sweating and signs such as cutaneomucosal pallor and splenomegaly predominated.

Conclusions: malignant adenopathies, cervical location, patients with average age close to elderly, male and white were predominant. Metastases were more frequent in lung cancer. Weight loss, sweating, pallor and splenomegaly were the most frequently found symptoms and signs.

Key words: adenoid syndrome; lymphadenopathy; lymph node; metastasis; biopsy

INTRODUCCIÓN

La enfermedad del ganglio linfático se denomina adenopatía. El aumento de volumen de los ganglios (adenomegalia) produce un grupo de síntomas y signos que constituyen el síndrome adénico, que se caracteriza por adenomegalias que pueden estar localizadas o generalizadas. Es importante conocer las diferentes áreas ganglionares y el origen de drenaje de los ganglios porque esto orientará el enfoque de la etiología que, en la mayor parte de los casos, son por procesos infecciosos, inflamatorios o neoplásicos.^(1,2)

La aparición de adenopatías es un hallazgo relativamente frecuente, principalmente en su forma localizada, con una incidencia anual de aproximadamente un 0,5%. En la mayoría de los casos son benignas e inespecíficas. Existen múltiples causas, las más frecuentes, en personas jóvenes, son las infecciosas-reactivas. Entre el 16 y el 26% de las adenopatías son de etiología maligna (hematológico o de tumor sólido metastásico) y son más frecuentes en mayores de 50 años.^(3,4)

Entre las enfermedades que cursan con adenopatías están las infecciosas (síndromes mononucleósicos, hepatitis, herpes simple, herpes virus 6, rubeola, gripe, sarampión, adenovirus, virus de inmunodeficiencia humana (VIH), queratoconjuntivitis epidémica, estreptococo, estafilococo, brucelosis, enfermedad por arañazo de gato -EAG-, tularemia, salmonela, peste, chancroide, melioidosis, muermo, tuberculosis, mycobacterias atípicas, sífilis primaria y secundaria, difteria y lepra); los parásitos que originan toxoplasmosis, tripanosomiasis, leishmaniasis y filariasis; enfermedades inmunológicas como la artritis reumatoide (AR), la enfermedad mixta del tejido conectivo, el lupus eritematoso sistémico (LES), la dermatomiositis, el síndrome de Sjogren, la enfermedad del suero, la cirrosis biliar primaria, la enfermedad injerto contra huésped y la relacionada con implantes de silicona, la hipersensibilidad a fármacos (difenilhidantoína, alopurinol, hidralacina, primidona, oro, carbamacepina, etc.) y las enfermedades malignas hematológicas como los linfomas Hodgkin (LH) y no Hodgkin (LNH), la leucemia de células paludas, la histiocitosis maligna y no hematológicas y las metastásicas, entre otras.^(5,6)

En general, el aumento del tamaño del ganglio requiere estudio cuando aparecen uno o más nuevos ganglios de diámetro igual o superior a 1 cm, sin una causa previa conocida. Las adenopatías localizadas suelen indicar una

lesión vecina, ya sea una herida, una excoriación u otras, pero también pueden ser la única manifestación de una neoplasia; sin embargo, las generalizadas suelen producirse por enfermedades sistémicas, en la mayoría de las veces no malignas, como procesos víricos (mononucleosis, rubeola, citomegalovirus, etc.), bacterianos y micóticos, enfermedades inmunológicas y procesos malignos.^(7,8)

Existen datos importantes en el estudio del síndrome adénico, entre ellos la edad, el sexo, los antecedentes personales, la ocupación laboral, los hábitos tóxicos, las relaciones sexuales de riesgo, la inmunosupresión, la toma de fármacos y los epidemiológicos como los viajes, la exposición a animales, la ingesta de carne poco cocinada o la leche no pasteurizada u otros contactos infecciosos. Hay que valorar el tiempo de evolución de las adenopatías, así como la presencia de síntomas acompañantes como la fiebre, la pérdida de peso, la sudación nocturna, los dolores articulares y el prurito y las alteraciones dermatológicas (o ambas).⁽⁹⁾

Es de gran utilidad conocer sus características entre los enfermos que padecen este síndrome en el contexto. Debido al amplio espectro de posibilidades etiológicas de este síndrome (su estudio puede complejizarse en ocasiones y es necesario el diagnóstico oportuno para iniciar un tratamiento que favorezca el pronóstico de los pacientes), se hace necesario conocer su caracterización en los pacientes que lo padecen, sobre todo si se considera el hecho de que está relacionado con enfermedades neoplásicas que ensombrecen la sobrevida de estos casos. Se realizó esta investigación con el objetivo de caracterizar los pacientes que ingresaron con síndrome adénico en el Servicio de Medicina Interna del Hospital "Arnaldo Milián Castro" en el período de 2016 a 2018.

MÉTODOS

Diseño y población

Investigación de desarrollo a través de estudio transversal cuantitativo. La población abarcó pacientes que ingresaron en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Clínico-Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro" de la Ciudad de Santa Clara, Provincia de Villa Clara, desde el año 2016 al 2018 con el diagnóstico inicial de síndrome adénico a los que se les realizó biopsia ganglionar con diagnóstico concluyente, tanto clínico como anatomopatológico. Se incluyeron en la muestra un total de 103 pacientes.

Variables del estudio

1. Diagnóstico patológico: según la presencia de malignidad o no en la biopsia de ganglio linfático. Se definió operacionalmente como: maligna (se refiere al diagnóstico de linfomas o metástasis ganglionar) y benigna (causas histológicas no indicativas de malignidad)
2. Diagnóstico clínico-patológico: según las causas de las adenopatías en las que en el diagnóstico intervino tanto el diagnóstico histológico de las biopsias como el diagnóstico clínico apoyado en los exámenes complementarios. Se definió operacionalmente como: cáncer (linfomas de Hodgkin, linfomas no Hodgkin y metástasis de carcinoma), infecciosas (tuberculosis, brucelosis, enfermedad por arañazo de gato, virus de la inmunodeficiencia adquirida, mononucleosis infecciosa), inmunológicas

- (lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoidea y reacciones a fármacos) y otras causas (sarcoidosis y enfermedad de Kikuchi-Fujimoto)
3. Edad: se clasificó según los años cumplidos. Se estudió la edad media con la desviación estándar
 4. Sexo: atributo biológico que define a una persona como masculino y femenino. Se definió operacionalmente en dos categorías: femenino y masculino
 5. Número de cadenas ganglionares afectadas: según el número de cadenas ganglionares afectadas se definió en dos categorías: localizado (una sola cadena ganglionar) y generalizado (dos o más cadenas afectadas)
 6. Tipo de cadena ganglionar afectada: según la cadena ganglionar afectada en los pacientes al ingreso. Se definió operacionalmente en: cervical, supraclavicular, axilar, epitroclear, inguinal, mediastinal, abdominal y meneralizadas
 7. Tamaño: según el diámetro de la adenopatía mayor en centímetros (cm) de las adenopatías según el examen físico y la ecografía ganglionar. Se consideraron en dos categorías para su estudio: menor de 2 cm e igual y mayor de 2 cm.
 8. Sensibilidad dolorosa: según la sensibilidad dolorosa a la palpación de las adenopatías referidas por el paciente. Se definieron operacionalmente como: si y no.
 9. Consistencia: según la dureza de las adenopatías encontradas al examen físico. Se definieron en: duras (pétreas o elásticas) y blandas
 10. Síntomas acompañantes: según la presencia de síntomas acompañantes referidos al interrogatorio. Se establecieron los siguientes: fiebre, pérdida de peso, sudoración y prurito
 11. Signos acompañantes: según la presencia de signos encontrados al examen físico. Se establecieron los siguientes: hepatomegalia, esplenomegalia y palidez cutaneomucosa
 12. Diagnóstico anatomopatológico de los LH: según el tipo de LH por el estudio histológico del ganglio y el análisis inmunohistoquímico. Se definió operacionalmente como: clásico esclerosis nodular, clásico celularidad mixta y clásico rico en linfocitos
 13. Diagnóstico anatomopatológico de los LNH: según el tipo de LNH por el estudio histológico del ganglio y el análisis inmunohistoquímico. Se definió operacionalmente como: difuso de células B grandes, folicular, células B pequeñas, anaplásico de células T y células T periféricos
 14. Sitio primario de las metástasis ganglionares: según el sitio primario de las metástasis ganglionares encontrado usando tanto el método clínico como los estudios complementarios de laboratorio y de Imagenología. Se definió operacionalmente como: cabeza y cuello, tiroides, mama, estómago, esófago, páncreas, riñón, ovario, testículo, melanoma y cáncer con primario desconocido.

Procedimientos/recolección y manejo de datos

Los casos se obtuvieron del Registro de biopsias del Departamento de Anatomía Patológica y luego fueron revisados sus datos para satisfacer las variables del estudio en las historias clínicas de los pacientes, que fueron revisadas en el Departamento de Estadística del hospital. Se emplearon

métodos teóricos como el analítico sintético, el inductivo-deductivo y el histórico-lógico para el análisis del tema y de los resultados. También se utilizaron como métodos empíricos el análisis de documentos en este estudio; se contó con la autorización del servicio involucrado para acceder a esa información.

Análisis estadístico

Los datos fueron compilados y procesados con el software estadístico SPSS versión 22.0 para Windows y los resultados expresados en tablas y gráficos para su comprensión, se emplearon frecuencias absolutas y por cientos en las variables cualitativas y para la edad se determinó la media aritmética y la desviación estándar. Se aplicó la prueba no paramétrica Chi cuadrado (χ^2) para corroborar la existencia de asociación entre las variables o las diferencias proporcionales entre variables; en cada caso se obtuvieron los valores del estadígrafo χ^2 y su probabilidad asociada p , con la siguiente consideración: si $p > 0,05$ no existen diferencias significativas y si $p \leq 0,05$ entonces las diferencias resultan significativas.

RESULTADOS

La mayoría de los pacientes estudiados presentaron una enfermedad ganglionar maligna (77, 75%), mientras que las adenopatías benignas fueron mucho menor (26).

La distribución de casos por la edad media y el sexo según el diagnóstico clínico-patológico (Tabla 1) muestra que predominó el sexo masculino (62, 60,2%). La edad media fue de 57,48 años y fue mayor en el cáncer, con una media de 63,44, y mucho menor en las causas infecciosas y en otras causas, con una media de 35,86 y de 36 años respectivamente, lo que resultó una diferencia estadísticamente significativa. Entre las causas malignas predominó la enfermedad ganglionar metastásica (33%) y con la mayor edad media del estudio, seguida por los LNH (29, 28,2%) y los LH (14, 13%), mientras que los LH se presentaron a edades más tempranas de la vida que los LNH; a la vez estas tres causas predominaron en el sexo masculino. Entre las causas infecciosas predominaron los pacientes diagnosticados con VIH, sobretodo del sexo masculino (80%) y una edad media de 31 años, y la tuberculosis ganglionar (3,9 %) y una edad media 46,75 años.

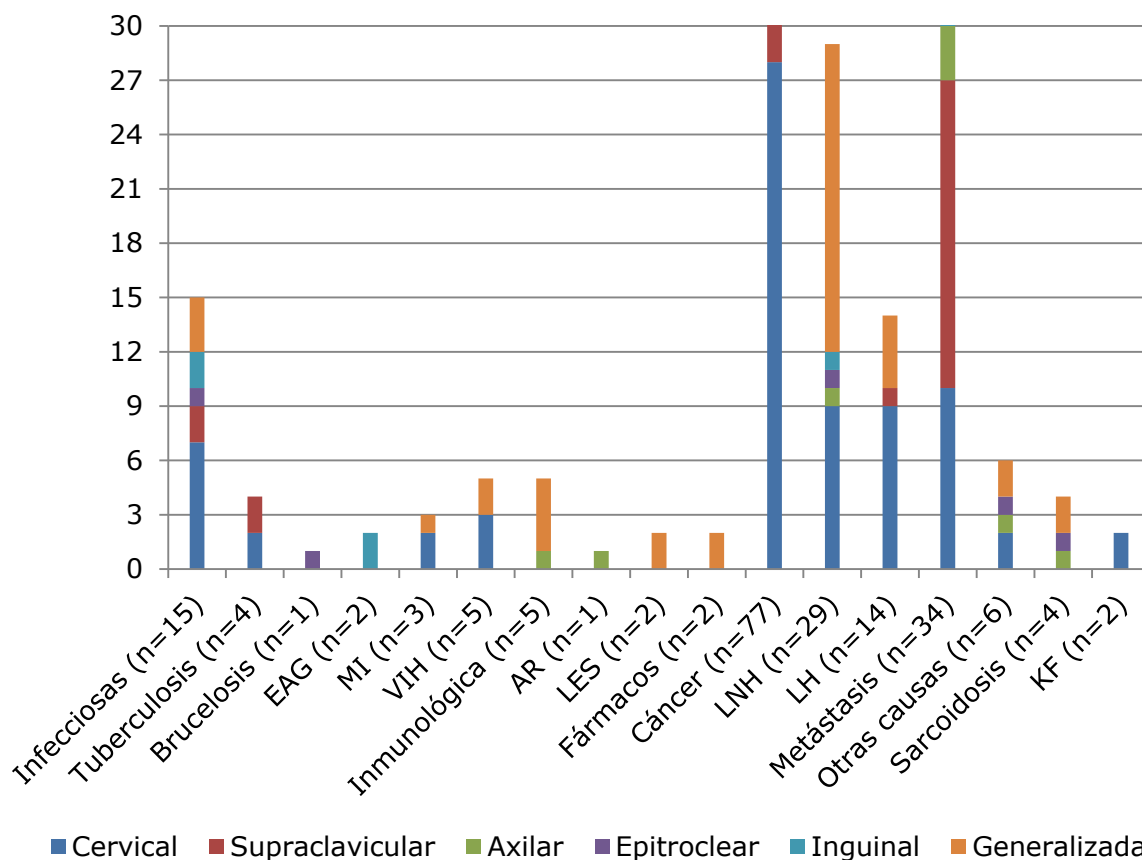
La edad media de presentación de enfermedades inmunológicas fue de 52,83 años y representaron el 4,9% del total de pacientes, predominando en el sexo femenino (80%). En relación con las etiologías específicas se presentaron dos casos de adenopatías con LES en mujeres con una media de edad de 38,5 años, lo que representó la más baja del grupo. Se presentaron además dos casos de adenopatías en relación con reacción a fármacos, con una edad media de 73 años, sin distinción en el sexo.

Entre otras causas se presentaron seis casos, lo que representó el 5,7% del total. Se presentaron cuatro casos de sarcoidosis (3,9%), que predominó en el sexo femenino (75%) y una edad media de 35 años. Se presentaron además dos casos de enfermedad de Kikuchi-Fujimoto (1,9%), ambos en el sexo femenino y una edad media de 38 años.

Tabla 1. Distribución de los pacientes según el diagnóstico clínico-patológico, la edad media y el sexo

Diagnóstico	n	%	Edad media*	Sexo			
				Masculino		Femenino	
				n	%	n	%
Infecciosas	15	14,6	35,86±10,71	11	73,3	4	26,7
Tuberculosis	4	3,9	46,75±12,63	3	75,0	1	25,0
Brucelosis	1	1,0	45	1	100	0	0,0
EAG	2	1,9	34,5±1,5	1	50,0	1	50,0
MI	3	2,9	27,33±4,51	2	66,7	1	33,3
VIH	5	4,9	31,00±4,18	4	80,0	1	20,0
Inmunológicas	5	4,9	52,83±17,69	1	20,0	4	80,0
Artritis reumatoide	1	1,0	58	0	0,0	1	100
LES	2	1,9	38,50±3,54	0	100	2	100
Fármacos	2	1,9	73,00±4,24	1	50,0	1	50,0
Cáncer	77	74,8	63,44±14,04	49	63,6	28	36,4
Linfoma no Hodgkin	29	28,2	61,48±15,06	18	62,1	11	37,9
Linfoma de Hodgkin	14	13,6	56,50±19,52	8	57,1	6	42,9
Metástasis	34	33,0	67,97±8,15	23	67,6	11	32,4
Otras causas	6	5,7	36,00±5,10	1	16,7	5	83,3
Sarcoidosis	4	3,9	35,00±6,06	1	25,0	3	75,0
EKF	2	1,9	38±2,83	0	0,0	2	100
Total	103	100	57,48±17,25	62	60,2	41	39,8

EAG: enfermedad por arañazo de gato; MI: mononucleosis infecciosa; LES: lupus eritematoso sistémico; EKF: enfermedad de Kikuchi-Fujimoto; n: número de casos

**Figura 1.** Distribución de los pacientes según la localización de las adenopatías y sus causas

EAG: enfermedad por arañazo de gato; MI: mononucleosis infecciosa; AR: artritis reumatoide; LES: lupus eritematoso sistémico; LNH: linfoma no Hodgkin; LH: linfoma de Hodgkin; KF: enfermedad de Kikuchi-Fujimoto; n: número de casos

En cuanto al número de cadenas ganglionares afectadas en el estudio predominaron los pacientes con adenopatías localizadas (70, 68%), mientras que solo 33 pacientes tuvieron adenopatías generalizadas (32%).

En la Figura 1 se muestra la distribución de los pacientes según la localización de las adenopatías y sus causas. Dentro de las infecciosas predominó la localización cervical. En relación con las causas inmunes predominaron, en general, las adenopatías generalizadas (80%). Igualmente en los pacientes con adenopatías malignas predominaron las cervicales presentes en el 36,4% de los pacientes con cáncer, seguidos por los pacientes con adenopatías generalizadas (31,2%) y supraclaviculares (23,4%). En los LNH predominaron las adenopatías generalizadas, con un 58,6% del total de estos linfomas, mientras que en los LH fue más frecuente la localización cervical (64,3%). Las adenopatías metastásicas fueron más frecuentes en regiones supraclaviculares, con 17 pacientes, para un 50% del total de ganglios metastásicos.

En la Tabla 2 se muestra la distribución de los pacientes según el diagnóstico clínico y el tamaño de la adenopatía, lo que resultó con diferencias estadísticamente significativas. En las enfermedades infecciosas la tercera parte tuvo un tamaño mayor a 2 cm, específicamente el 100% de las adenitis tuberculosas y el 60% de las adenitis por VIH. En las inmunológicas solo la mitad de los pacientes con LES tuvo ganglios superiores o iguales a 2 cm. En el cáncer el 77,9% de las adenopatías fueron mayores o iguales de 2 cm, que fue mayor en las metástasis, con un 82,4%.

Tabla 2. Distribución de los pacientes según el diagnóstico clínico-patológico y el tamaño de las adenopatías

Diagnóstico	≥ 2 cm		< 2 cm	
	n	%	n	%
Infecciosas (n=15)	5	33,3	10	66,7
Tuberculosis (n=4)	4	100	-	-
Brucelosis (n=1)	-	-	1	100
EAG (n=2)	1	50,0	1	50,0
MI (n=3)	1	33,3	2	66,7
VIH (n=5)	3	60,0	2	40,0
Inmunológicas (n=5)	1	20,0	4	80,0
Artritis reumatoide (n=1)	-	-	1	100
LES (n=2)	1	50,0	1	50,0
Fármacos (n=2)	-	-	2	100
Cáncer (n=77)	60	77,9	17	22,1
Linfoma no Hodgkin (n=29)	22	75,9	7	24,1
Linfoma de Hodgkin (n=14)	10	71,4	4	28,6
Metástasis (n=34)	28	82,4	6	17,6
Otras causas (n=6)	4	66,7	2	33,3
Sarcoidosis (n=4)	3	75,0	1	25,0
EKF (n=2)	1	50,0	1	50,0
Total(n=103)	70	68	33	32

EAG: enfermedad por arañazo de gato; MI: mononucleosis infecciosa; LES: lupus eritematoso sistémico; EKF: enfermedad de Kikuchi-Fujimoto; n: número de casos

La Tabla 3 muestra la distribución de los diagnósticos según la sensibilidad dolorosa y la consistencia dura de las adenopatías encontradas al examen físico, lo que resultó en diferencias estadísticamente significativas. Las adenopatías de causas infecciosas fueron, en su mayoría, de consistencia blanda (73,3%) y dolorosas al tacto (60%). Entre las adenopatías de etiología inmunológica el 40% se presentaron con adenopatías blandas a la palpación. Todas las adenopatías por artritis reumatoide y por fármacos fueron dolorosas, mientras que los dos casos de lupus se presentaron con adenomegalias no dolorosas y duras. En las adenopatías por cáncer todas fueron de consistencia dura y en el 90,1% fueron no dolorosas.

Tabla 3. Distribución de los pacientes según el diagnóstico clínico-patológico, la sensibilidad dolorosa y la consistencia dura de las adenopatías

Diagnóstico	Sensibilidad dolorosa		Consistencia dura	
	n	%	n	%
Infecciosas (n=15)	9	60,0	4	26,7
Tuberculosis (n=4)	-	-	4	100
Brucelosis (n=1)	-	-	-	-
EAG (n=2)	2	100	-	-
MI (n=3)	3	100	-	-
VIH (n=5)	4	80,0	-	-
Inmunológicas (n=5)	3	60,0	3	60,0
Artritis Reumatoide (n=1)	1	100	1	100
LES (n=2)	-	-	2	100
Fármacos (n=2)	2	100	-	-
Cáncer (n=77)	8	10,4	77	100
Linfoma no Hodgkin (n=29)	3	10,3	29	100
Linfoma de Hodgkin (n=14)	2	14,3	14	100
Metástasis (n=34)	3	8,8	34	100
Otras causas (n=6)	1	16,7	6	100
Sarcoidosis (n=4)	-	-	4	100
EKF (n=2)	1	50,0	2	100
Total (n=103)	21	20,4	90	87,4

EAG: enfermedad por arañazo de gato; MI: mononucleosis infecciosa; LES: lupus eritematoso sistémico; EKF: enfermedad de Kikuchi-Fujimoto; n: número de casos

En la distribución de los pacientes según el diagnóstico y los síntomas asociados (Tabla 4) resultaron ser estadísticamente significativas las diferencias encontradas. La fiebre estuvo presente en todas las enfermedades infecciosas, en la mitad de los pacientes con LES y antecedentes de fármacos, en el 50% de los LH, el 31% de los LNH y solo en tres pacientes con metástasis. En relación con la pérdida de peso se presentó en el 75% de los pacientes con tuberculosis, en la mitad de los casos de LES y en el 71,4% de las enfermedades malignas, predominantemente en el 88,2% de las metástasis. La sudoración nocturna se presentó en tres pacientes con tuberculosis, en el 29,9% del cáncer, con predominio en los LH (64,3%), y en la mitad de los pacientes con sarcoidosis. Mientras que el prurito se presentó solo en el cáncer, con predominio en el LH (42,9%).

Tabla 4. Distribución de los pacientes según el diagnóstico clínico-patológico y los síntomas asociados

Diagnóstico	Fiebre		Pérdida de peso		Sudoración nocturna		Prurito	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Infecciosas(n=15)	15	100	6	40,0	4	26,7	-	-
Tuberculosis (n=4)	4	100	3	75,0	3	75,0	-	-
Brucelosis (n=1)	1	100	1	100	1	100	-	-
EAG (n=2)	2	100	-	-	-	-	-	-
MI (n=3)	3	100	-	-	-	-	-	-
VIH (n=5)	5	100	2	40,0	-	-	-	-
Inmunológicas (n=5)	2	20,0	1	20,0	-	-	-	-
Artritis Reumatoide (n=1)	-	-	-	-	-	-	-	-
LES (n=2)	1	50,0	1	50,0	-	-	-	-
Fármacos (n=2)	1	50,0	-	-	-	-	-	-
Cáncer (n=77)	19	24,7	55	71,4	23	29,9	13	16,9
Linfoma no Hodgkin (n=29)	9	31,0	17	58,6	14	48,3	5	17,2
Linfoma de Hodgkin (n=14)	7	50,0	8	57,1	9	64,3	6	42,9
Metástasis (n=34)	3	8,8	30	88,2	-	-	2	5,9
Otras causas (n=6)	6	100	2	33,3	2	33,3	-	-
Sarcoidosis (n=4)	4	100	1	25,0	2	50,0	-	-
EKF (n=2)	2	100	1	50,0	-	-	-	-
Total	42	40,8	64	62,1	29	28,2	13	12,6

EAG: enfermedad por arañazo de gato; MI: mononucleosis infecciosa; LES: lupus eritematoso sistémico; EKF: enfermedad de Kikuchi-Fujimoto; n: número de casos

Tabla 5. Distribución de los pacientes según el diagnóstico clínico-patológico y los signos al examen físico

Diagnóstico	Hepatomegalia		Esplenomegalia		Palidez cutáneo mucosa	
	n	%	n	%	n	%
Infecciosas (n=15)	5	33,3	3	26,7	4	26,7
Tuberculosis (n=4)	1	25,0	-	-	2	50,0
Brucelosis (n=1)	1	100	-	-	-	-
EAG (n=2)	-	-	-	-	-	-
MI (n=3)	1	33,3	3	100	-	-
VIH (n=5)	2	40,0	-	-	2	40,0
Inmunológicas (n=5)	1	20,0	-	-	3	60,0
Artritis Reumatoide (n=1)	1	100	-	-	1	100
LES (n=2)	-	-	-	-	2	100
Fármacos (n=2)	-	-	-	-	-	-
Cáncer (n=77)	24	31,2	21	27,3	55	71,4
Linfoma no Hodgkin (n=29)	12	41,4	16	55,2	20	69,0
Linfoma de Hodgkin (n=14)	2	14,3	5	35,7	8	57,1
Metástasis (n=34)	10	29,4	-	-	27	79,4
Otras causas (n=6)	3	66,7	2	33,3	3	50,0
Sarcoidosis (n=4)	3	75,0	2	50,0	2	50,0
EKF (n=2)	-	-	-	-	1	50,0
Total	33	33,0	26	25,2	65	63,1

EAG: enfermedad por arañazo de gato; MI: mononucleosis infecciosa; LES: lupus eritematoso sistémico; EKF: enfermedad de Kikuchi-Fujimoto; n: número de casos

La distribución de los pacientes según el diagnóstico y los signos al examen físico se muestra en la Tabla 5; las diferencias resultaron estadísticamente significativas. Se observa que en las enfermedades infecciosas la hepatomegalia estuvo presente en la tercera parte de los pacientes y, específicamente, en el 25% de la tuberculosis, en el 40% del VIH y en el paciente con brucelosis. En relación con las inmunológicas solo el paciente con artritis reumatoide presentó hepatomegalia. En el cáncer la hepatomegalia estuvo presente en el 41,4% de los pacientes con LNH y en el 29,4 y 14,3% de las metástasis y los LH. En relación con la esplenomegalia solo estuvo presente en los pacientes con MI, mientras que en los pacientes con cáncer estuvo presente solo en los linfomas, con un 55,2 y 35,7% de los LNH y los LH, respectivamente. La palidez cutaneomucosa fue el signo más frecuente asociado a la enfermedad ganglionar y estuvo presente en el 63,1% del total de casos y en el 60% de los pacientes con enfermedades inmunológicas; este signo estuvo presente en el 71,4 de los pacientes con cáncer y fue muy superior en los casos con adenopatías metastásicas (79,4%).

Como resultado del análisis de pacientes con diagnóstico de linfoma como enfermedad maligna primaria ganglionar en cuanto a su clasificación histopatológica (Tabla 6) se evidencia que de los 14 pacientes con LH predominó la variedad de clásico esclerosis nodular (9, 64,29%), seguidos por los clásico celularidad mixta (28,57%). Entre los pacientes con LNH predominaron el difuso de células B grandes (51,72%) y los foliculares con (8, 27,59%).

Tabla 6. Distribución de pacientes con LH y LNH según clasificación anatomopatológica

Linfoma de Hodgkin	n	%
Clásico esclerosis nodular	9	64,29
Clásico celularidad mixta	4	28,57
Clásico rico en linfocitos	1	7,14
Total	14	100
Linfoma no Hodgkin	n	%
Difuso de células B grandes	15	51,72
Folicular	8	27,59
De células B pequeñas	3	10,34
Anaplásico de células T	2	6,9
De células T periféricos	1	3,45
Total	29	100

En la Figura 2 se refleja la distribución de los pacientes con metástasis ganglionar según el cáncer primario. El cáncer de pulmón fue el más frecuente (9, 26,5%) del total de metástasis, seguido por el cáncer de mama, el de estómago y el de tiroides, con cuatro pacientes cada uno. No se logró identificar el cáncer primario en tres pacientes, lo que representa el 8,8% del cáncer metastásico.

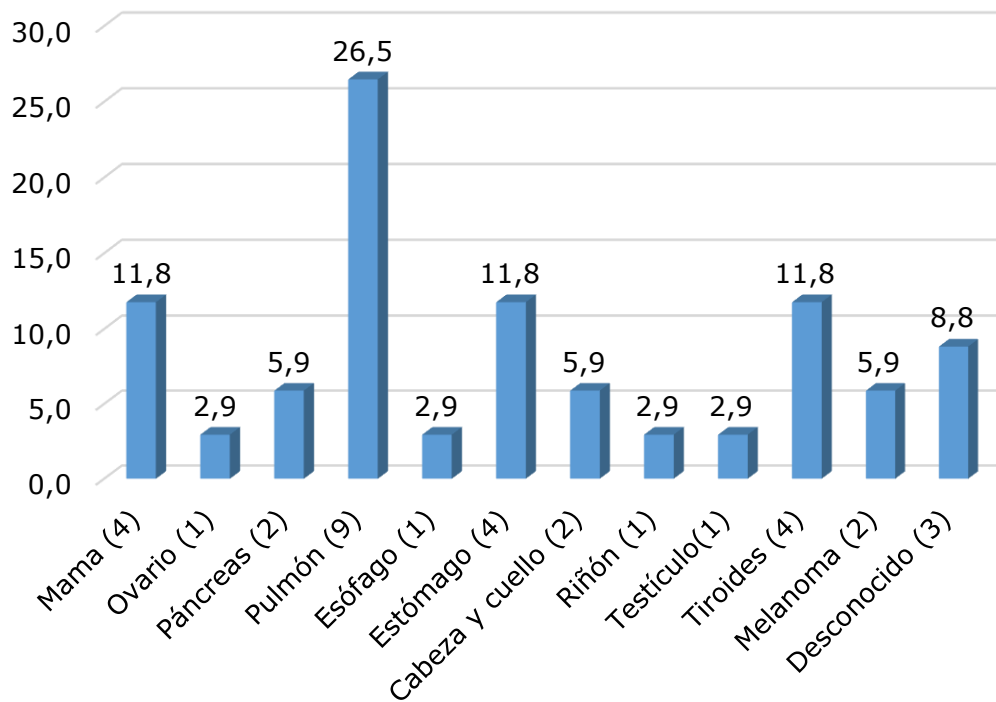


Figura 2. Distribución de los pacientes según el origen primario de la metástasis ganglionar

DISCUSIÓN

Las metástasis ganglionares resultaron las principales causas de adenopatías (33%), seguidas por los LNH (28,2%) y los LH (13,6%), lo que muestra al cáncer en una de sus formas de presentación, el síndrome adénico. El predominio de los pacientes con adenopatías malignas del estudio puede estar en relación con la alta incidencia de cáncer en la provincia⁽¹⁰⁾ y la alta sospecha clínica para indicar la biopsia de ganglio. En su mayoría los casos fueron adultos mayores en los que el cáncer es la principal causa de adenopatías. En un estudio de 185 pacientes el 66,5% tuvo una enfermedad maligna.⁽¹¹⁾

En la muestra estudiada predominaron los hombres, y estos entre los pacientes con adenopatías malignas, que se identificaron en los casos con una edad media elevada ($63,44 \pm 14,04$ años), la mayor del estudio, y con un 63,3% de pacientes masculinos, lo que está en relación con lo anteriormente planteado. En el estudio "Adenopatías periféricas en adultos nigerianos", de 2006, con un total de 435 pacientes, 238 (55,7%) fueron hombres y 189 (44,3%) mujeres; además, predominaron las causas malignas (55%), encabezadas por las metástasis (113, 26,5%) y una edad media de 55 años y por los linfomas no Hodgkin (16%) y los Hodgkin (10,1%), lo que coincide con este estudio.⁽¹²⁾

El conocimiento del número de cadenas ganglionares, así como de su localización específica, se relacionan con la posible etiología. Esto indica lo importante de conocer como se ha manifestado en los diferentes estudios. En este la gran mayoría de los pacientes tuvieron adenopatías localizadas con predominio de las cervicales, lo que coincide con otros estudios revisados.⁽¹²⁾

Las características semiográficas de las adenopatías como la sensibilidad, la consistencia y el tamaño orientan hacia el probable diagnóstico etiológico. En la muestra estudiada las adenopatías malignas fueron duras y no dolorosas en su mayoría. Las que resultaron ser dolorosas entre las malignas pudieron estar en relación con el crecimiento rápido del ganglio por la infiltración tumoral o por la hemorragia intraganglionar observadas en las biopsias. Las enfermedades virales resultaron ser, en su mayoría, blandas y dolorosas, mientras que en las enfermedades inmunológicas es variable, lo que está en relación con su cronicidad y con el índice de actividad de la enfermedad. En un estudio de 39 ganglios metastásicos todos fueron duros al tacto y no dolorosos en el 93%, con 37 casos con adenopatías mayores de 2cm.⁽¹³⁾

Los síntomas y los signos más importantes asociados a la enfermedad ganglionar permiten una aproximación diagnóstica adecuada. Todos los síntomas y los signos estudiados predominaron en las enfermedades malignas y fue el prurito propio de los casos con linfomas. Otros autores describen igual comportamiento.^(13,14)

Conocer de los linfomas sus tipos histológicos es necesario en relación con el tratamiento y el pronóstico. En esta investigación los LH fueron el tercer lugar en frecuencia y predominó la variante de esclerosis nodular, seguido por la celularidad mixta. Los autores encuentran entre las variantes de LNH un predominio del difuso de células B y el folicular. Ambos resultados coinciden con otros estudios publicados.^(15,16,17)

Las metástasis ganglionares constituyeron la principal causa del síndrome adénico en esta investigación, por lo que conocer el cáncer primario resulta un reto para el Especialista en Medicina Interna porque, en algunos casos, no es posible su identificación y termina como un cáncer de origen desconocido. En este estudio el cáncer de pulmón fue la principal causa de las adenopatías metastásicas, seguido por el cáncer de mama, los que en realidad están dentro de las principales causas de cáncer en la provincia y el país.⁽¹¹⁾ Otros estudios publicados muestran similares resultados.^(18,19,20)

CONCLUSIONES

En esta caracterización de pacientes con síndrome adénico predominaron los pacientes con adenopatías malignas. Fueron más frecuentes los pacientes con edad media próxima al adulto mayor, con predominio del sexo masculino. Las adenopatías localizadas fueron las de mayor frecuencia, representó la localización cervical el mayor número, seguida por las supraclaviculares. Predominaron los ganglios no dolorosos, duros, con tamaño mayor o igual a 2 cm, los síntomas acompañantes como la pérdida de peso y la sudoración nocturna y con signos como la palidez cutaneomucosa y la esplenomegalia. Las metástasis ganglionares fueron las más frecuentes entre los diagnósticos de la enfermedad ganglionar, seguidas por los LNH y los LH en ese orden. La variedad más frecuente de LNH fue la difusa de células B grandes y la de los LH fue la esclerosis nodular. El cáncer de pulmón encabezó las causas de metástasis ganglionar.

Las adenopatías malignas fueron más representadas por pacientes con edad mayor de 60 años, del sexo masculino, con localización supraclavicular de los ganglios, con presencia de ganglios no dolorosos, duros, con tamaño mayor o

igual a 2 cm, con síntomas acompañantes como la pérdida de peso y sudoración nocturna, y con signos como la palidez cutaneomucosa y la esplenomegalia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Nasr MR, Perry AM, Skrabek P. Histologic Examination and Ancillary Studies in Lymph Node Pathology. En: Lymph Node Pathology for Clinicians [Internet]. Cham: Springer Nature Switzerland AG; 2019 [citado 20/11/2021]. Disponible en: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-11515-9_2. https://doi.org/10.1007/978-3-030-11515-9_2
2. Nasr MR, Perry AM, Skrabek P. Basic Concepts in Lymph Node Pathology. En: Lymph Node Pathology for Clinicians [Internet]. Cham: Springer Nature Switzerland AG; 2019 [citado 20/11/2021]. Disponible en: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-11515-9_1. https://doi.org/10.1007/978-3-030-11515-9_1
3. López GA, Soca E. Linfomas y otras enfermedades ganglionares. En: Farreras R. Medicina Interna. 19 ed. México: Mc-Graw Hill; 2020: p. 1671-1672.
4. Bravo Moncayo HA, Vargas-Uricoechea H. Evaluación del paciente con linfadenopatías y esplenomegalia. En: Vargas-Uricoechea H, editor. Texto de Medicina Interna. 2a ed. Bogotá: Asociación Colombiana de Endocrinología, Diabetes y Metabolismo; 2021.
5. Vargas Viveros JP, Hurtado Monroy R. Adenomegalia. Rev Fac Med (Méx) [Internet]. 2011 [citado 02/01/2022];54(4):10-23. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v54n4/v54n4a3.pdf>
6. Pastor IJ. Adenopatías, esplenomegalia. En: Laso JF. Diagnóstico diferencial en Medicina Interna. 3a ed. España: Elsevier; 2013.
7. Armitage JO. Aproximación al paciente con adenopatías y esplenomegalia. En: Goldman-Cecil. Tratado de Medicina Interna. 25 ed. España: Elsevier; 2017.
8. León P. Adenopatías. Semiología [Internet]. Santiago de Chile: Universidad de Chile; 2021 [citado 20/11/2021]. Disponible en: <http://semiologia.med.uchile.cl/general/adenopatias/>
9. Moya EM, Pérez-Corral A, Pascual C, Casanova M, López-Quiñones A, Serrano M, et al. Adenopatías. En: Grupo Científico D.T.M. Green Book. Diagnóstico y Tratamiento Médico. 7a ed. España: Marbán; 2019.
10. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2020 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2021 [citado 12/12/2021]. Disponible en: <https://files.sld.cu/bvscuba/files/2021/08/Anuario-Estadistico-Espa%c3%b1ol-2020-Definitivo.pdf>
11. Özkan EA, Göret CC, Özdemir ZT, Yanık S, Göret NE, Doğan M, et al. Evaluation of peripheral lymphadenopathy with excisional biopsy: six-year experience. Int J Clin Exp Pathol [Internet]. 2015 [citado 12/12/2021];8(11):15234-15239. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4713658/>
12. Olu-Eddo AN, Ohanaka CE. Peripheral lymphadenopathy in Nigerian adults. J Pak Med Assoc [Internet]. 2006 [citado 20/12/2021];56(9):405-408. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17091753/>
13. Bosch X, Coloma E, Donate C, Colomo L, Doti P, Jordán A, et al. Evaluation of unexplained peripheral lymphadenopathy and suspected malignancy using a distinct quick diagnostic delivery model: prospective study of 372 patients. Medicine (Baltimore) [Internet]. 2014 [citado 20/12/2021];93(16):e95. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4616296/>. <https://doi.org/10.1097/md.0000000000000095>

14. Medscape [Internet]. New York: Medscape; c1994-2022 [actualizado 01/10/2021; citado 02/01/2022]. Pruritus and Systemic Disease; [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/1098029-overview>
15. Quintero Sierra Y, Teruel Herrero A, Hernández Padrón C, Concepción Fernández Y, Romero González A, Macia Pérez I. Caracterización del linfoma de Hodgkin en los pacientes adultos. Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter [Internet]. 2019 [citado 15/01/2022];35(3):e1027. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892019000300006
16. Pérez-Zúñiga JM, Aguilar-Andrade C, Álvarez-Vera JL, Augusto-Pacheco M, Báez-Islas PE, Bates-Martín RA, et al. Linfoma de Hodgkin. Rev Hematol Mex [Internet]. 2019 [citado 15/01/2022];20(2):124-130. Disponible en: <https://www.mediagraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=87720>
17. Garcés Ortega JP, González Bracho JR, Ortiz Benavides RE, Quijije Castro JJ, Pacuruco Cajas JI, Vázquez Maita EG, et al. Linfoma de Hodgkin y no Hodgkin: desde una perspectiva molecular, diagnóstica y terapéutica. Arch Venez Farmacol Ter [Internet]. 2021 [citado 15/01/2022];40(3):310-321. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/559/55969712014/html/>. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5041145>
18. Instituto Nacional del Cáncer [Internet]. Bethesda (MD): NIH (US); c1999-2022 [actualizado 25/06/2019; citado 15/01/2022]. Biopsia de ganglio centinela; [aprox. 9 pantallas]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/diagnostico-estadificacion/estadificacion/hoja-informativa-ganglio-centinela>
19. Nazario Dolz AM, Álvarez Matos D, Castillo Toledo L, Miyares Peña MV, Garbey Nazario A. Algunas especificidades en torno al cáncer de pulmón. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2021 [citado 15/01/2022];50(1):e0210725. Disponible en: <http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/725/664>
20. Uriburu JL, Rostagno R, Maciel A, Noblía C, Rafailovici L, Coló F, et al. Consenso Intersociedades 2018. Ganglio centinela positivo en estadios iniciales de cáncer de mama. Rev Arg Mastol [Internet]. 2018 [citado 15/01/2022];36(136):12-56. Disponible en: https://www.revistasamas.org.ar/revistas/2018_v37_n136/04.pdf

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses en la publicación de este artículo.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

EMM: conceptualización, curación de datos, análisis formal, metodología, administración del proyecto, visualización, validación, redacción del borrador inicial, redacción (revisión y edición).

DLRH: conceptualización, análisis formal, metodología, visualización, validación, supervisión, redacción del borrador inicial, redacción (revisión y edición).

ORME, BRCV: análisis formal, metodología, curación de datos, validación.