



11227

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

35

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

CAUSAS PRINCIPALES DE LINFADENOPATIA EN
MEDICINA INTERNA

TESIS DE POSGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA

PRESENTA:
DRA: ROCIO BERMÚDEZ ROCHA

ASESOR DE TESIS:
DR. JOSE CARLOS RANGEL PORTILLA



MÉXICO, D.F.

SEPTIEMBRE 2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

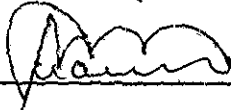
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.


CAUSAS PRINCIPALES DE LINFADENOPATIA EN MEDICINA INTERNA



DR. JESÚS ARENAS OSUNA
JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MEDICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES, CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA



DR. RAUL C. ARIZA ANDRACA
TITULAR DEL CURSO Y JEFE DEL DEPARTAMENTO CLINICO
DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA



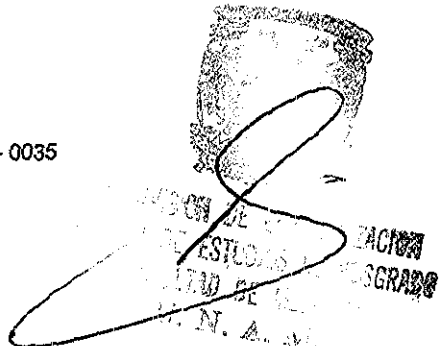
DR. JOSE CARLOS RANGEL PORTILLA
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
ASESOR DE TESIS



DRA. ROCIO BERMÚDEZ ROCHA
MEDICO RESIDENTE DE MEDICINA INTERNA

NUMERO DEFINITIVO DE PROTOCOLO: 2002 - 690 - 0035

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



CAUSAS PRINCIPALES DE LINFADENOPATIA EN MEDICINA INTERNA

PRESENTAN

DRA. ROCIO BERMÚDEZ ROCHA
MEDICO RESIDENTE DE MEDICINA INTERNA

DR. JOSE CARLOS RANGEL PORTILLA
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
ASESOR DE TESIS

SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL MCN LA RAZA

SEPTIEMBRE 2002

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas
UNAM a difundir en formato electrónico e impresa
el contenido de mi trabajo recepcional
NOMBRE: Rocio Bermúdez Rocha

FECHA: 18 Sep 2002

FIRMA: 

INDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCION	3
MATERIAL Y METODOS	5
RESULTADOS	5
DISCUSION	7
BIBLIOGRAFÍA	9
ANEXOS	11

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

RESUMEN

CAUSAS PRINCIPALES DE LINFADENOPATIA EN MEDICINA INTERNA.

Bermúdez Rocha Rocío, Rangel Portilla José Carlos. Departamento de Medicina Interna, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional "La Raza", I.M.S.S

Antecedentes: La linfadenopatía es un reto diagnóstico frecuentemente atendido en Medicina Interna y que se asocia a procesos infecciosos, inmunológicos, neoplásicos y otras causas de rápida evolución y deterioro clínico; es imperativo establecer el diagnóstico con prontitud.

Objetivo: Determinar cuáles son las causas de linfadenopatía en Medicina Interna.

Material y métodos: Se incluyeron pacientes con linfadenopatía. Se analizó el género, la edad, el tiempo de evolución, signos y síntomas acompañantes, diagnóstico, hallazgos histopatológicos y paraclínicos empleados.

Resultados: 42 pacientes, 19 mujeres (45.2%) y 23 hombres (54.8%) con un promedio de edad de 50.42 +- 19.68 años. El tiempo de evolución fue de 4.17 +- 7.47 meses. La linfadenopatía generalizada predominó en 24 casos (57.1%) cervical (9 casos, 21.4%) y abdominal (7 casos, 16.7%). Las neoplasias se presentaron en 23 casos (54.9%), infecciosas en 8 (19%), autoinmunes en 3 (7.1%), diversas en 4 (9.5%) y en 4 casos (9.5%) la etiología no pudo determinarse. La pérdida de peso se presentó en 32 casos (76.2%), fiebre en 22 (52.4%), hepatomegalia en 17 (40.5%), diaforesis en 13 (31%) y esplenomegalia en 8 (19%). No se encontró relación entre la edad y la etiología.

Conclusiones: Las neoplasias son causas frecuentes de linfadenopatía en un hospital de referencia independientemente de la edad del paciente. Los signos y síntomas más frecuentemente asociados a linfadenopatía son pérdida de peso, fiebre, hepatomegalia, diaforesis y esplenomegalia.

Palabras clave: Linfadenopatía, causas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ABSTRACT

MAIN CAUSES OF LYMPHADENOPATHY IN INTERNAL MEDICINE.

Bermúdez Rocha Rocío, Rangel Portilla José Carlos. Department of Internal Medicine. Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional "La Raza", IMSS.

CONTEXT: The lymphadenopathy is a diagnostical dare frequently observed in the Department of Internal Medicine. It is associated to infectious diseases, immunological pathology, neoplasias and other causes, with a sudden onset and a fast evolution, that is why a prompt and accurate diagnosis is required.

OBJECTIVE: To asses what are the main causes of lymphadenopathy in Internal Medicine.

MATERIAL AND METHODS: Our study included patients with lymphadenopathy. We analyzed the sex, age, disease evolution time, clinical outcomes, diagnosis, histopathological results and complementary studies.

RESULTS: 42 patients, 19 females (45.2%) and 23 males (54.8%) with an average age of 50.42 ± 19.68 years. The time of evolution was of 4.17±7.47 months. The generalized lymphadenopathy predominated in 24 cases (57.1%), cervical 9 cases (21.4%) and abdominal 7 cases (16.7%). Neoplasia was found in 23 cases (54.9%), infectious in 8 cases (19%), autoimmune in 3 cases (7.1%) and miscellaneous in 4 cases (9.5%). Etiology could not be determined in 4 patients. Weight loss presented in 32 patients (76.2%), fever in 22 (52.4%), hepatomegaly in 17 (40.5%), sweating in 13 (31%) and splenomegaly in 8 (19%). There is no relationship between age and the etiology.

CONCLUSIONS: Neoplasia is the most frequent cause of lymphadenopathy in our hospital, no matter what the age of the patient is. The sign and symptoms most frequently associated to lymphadenopathy were weight loss, fever, hepatomegaly, sweating and splenomegaly.

SEARCH WORDS: Lymphadenopathy, causes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN.

La linfadenopatía constituye un verdadero problema diagnóstico dada la gran variedad de causas (neoplásicas, infecciosas, medicamentosas, autoinmunes, etc.) que la pueden generar y es un problema frecuente en la práctica clínica de internistas, cirujanos, hematólogos, oncólogos y médicos de otras especialidades. Estudiarla y llegar al diagnóstico correcto depende de la capacidad del médico para tomar la historia clínica completa y solicitar adecuadamente estudios de laboratorio y gabinete (1)

Las consideraciones esenciales a tomar en cuenta para el diagnóstico de un paciente con linfadenopatía son edad, localización, tiempo de evolución y signos y síntomas acompañantes. (2)

Diferentes estudios han puesto de manifiesto que la edad es el factor más importante para predecir la probabilidad de que la linfadenopatía sea secundaria a un trastorno benigno o bien maligno. Lee y colaboradores analizaron los hallazgos de 925 pacientes a quienes se les realizó biopsia ganglionar entre 1973 y 1977. Los resultados mostraron que los trastornos linfoproliferativos no tuvieron predilección por la edad; los carcinomas fueron mucho más comunes en pacientes mayores de 50 años y los trastornos benignos fueron más frecuentes en pacientes jóvenes. (3) De tal forma, la posibilidad de diagnosticar una lesión benigna disminuye conforme aumenta la edad; el diagnóstico histológico de malignidad según informes es de 40 a 48% de los ganglios linfáticos extirpados quirúrgicamente. Por lo tanto, la principal finalidad en la linfadenopatía es distinguir entre lo benigno y maligno, y entre operabilidad e inoperabilidad. (4)

La localización, el tamaño y el tiempo de evolución de la linfadenopatía son factores fundamentales a tomar en cuenta para decidir si es necesario realizar la biopsia ganglionar, aunque no es posible con ello establecer una regla estricta ya que la distinción entre normalidad y anormalidad de los ganglios linfáticos es influida por varios factores tales como la edad, el sitio de localización, etc.

En general, las adenopatías que tienen otra localización diferente a la inguinal, de más de un mes de evolución y que miden 1 X 1 cm o más sin un diagnóstico obvio pueden ser consideradas para biopsia. En una serie de 220 biopsias ganglionares, un ganglio con tamaño de 1.5 X 1.5 cm fue el mejor límite discriminatorio para distinguir malignidad o linfadenopatía granulomatosa de otras causas de adenopatía (5) Series radiográficas y de necropsias también han definido los límites altos del tamaño normal para los ganglios linfáticos cervicales,

intratorácicos e intra-abdominales lo que nos permite distinguir entre ganglios normales y anormales. (6-10)

Los signos y síntomas asociados con linfadenopatía son variados. Los pacientes pueden estar asintomáticos o bien presentar sintomatología B, que incluye temperatura mayor de 38°C, diaforesis y pérdida de peso de más del 10% del peso basal. (11)

En general, características cualitativas tales como la consistencia de los ganglios no son particularmente de ayuda para distinguir lesiones malignas de las benignas.

La linfadenopatía está asociada con esplenomegalia en un número relativamente limitado de trastornos (4.5% de casos en una serie (4)). La mononucleosis infecciosa, la enfermedad de Hodgkin y el Linfoma no Hodgkin, la leucemia linfocítica crónica y la leucemia aguda son las causas más comunes. La esplenomegalia es rara en cáncer metastático. (12)

Aunque la linfadenopatía en presencia de fiebre usualmente representa una infección o linfoma, el diagnóstico diferencial actualmente es muy amplio.

Muchos estudios publicados se han centrado en las linfadenopatías o masas cervicales, dejando un poco de lado las de localizaciones axilar, inguinal, hiliar, abdominal y de otros sitios. (13-21)

El diagnóstico diferencial se basa principalmente en dos aspectos: las características exploratorias y la topografía de las mismas.

Como ya hemos mencionado, la linfadenopatía es un problema diagnóstico frecuentemente atendido, sobre todo en Medicina Interna. Sin embargo, hasta el momento no contamos con información casuística local relacionada con las causas más frecuentes, la prevalencia, y los signos y síntomas más comúnmente asociados.

Debido a su estrecha asociación con procesos neoplásicos, inmunológicos, infecciosos y otras causas de rápida evolución y deterioro clínico en los pacientes, es imperativo establecer en cada caso el diagnóstico con prontitud así como la terapéutica adecuada. Por lo anterior, la importancia del conocimiento de los aspectos previamente mencionados en relación a la linfadenopatía en nuestra población atendida es fundamental.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SUJETOS, MATERIAL Y METODOS

Este estudio observacional, ambilectivo, transversal y descriptivo se realizó en el Departamento de Medicina Interna del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se incluyeron a todos los pacientes hombres y mujeres mayores de 18 años ingresados con diagnóstico de linfadenopatía en estudio con expediente clínico disponible del 1° de enero del 2001 al 30 de agosto del 2002.

Se analizaron la edad, el sexo, el tiempo de evolución de la linfadenopatía, la localización de la misma, los signos y síntomas acompañantes, el diagnóstico por grupo etiológico, el reporte histopatológico, el diagnóstico final, las pruebas de laboratorio o estudios de imagen empleados y la evolución. Asimismo, determinamos la relación entre la localización anatómica de la linfadenopatía y el diagnóstico final.

RESULTADOS.

Se analizaron en el estudio 42 pacientes. 19 mujeres (45.2%) y 23 hombres (54.8%) con un promedio de edad de 50.42 ± 19.68 años. El tiempo de evolución promedio desde la aparición de la linfadenopatía hasta el diagnóstico fue de 4.17 ± 7.47 meses (intervalo 1- 36 meses); la linfadenopatía generalizada fue la que predominó en 24 casos (57.1%), seguida de la localización cervical (9 casos, 21.4%) y la abdominal (7 casos, 16.7%) (tabla 1).

La frecuencia de los casos por grupo etiológico se muestra en la tabla 2.

Las neoplasias ocuparon el primer lugar como causa de linfadenopatía en los tres grupos etáreos, con un total de 23 casos (54.8%), identificándose un origen hematológico en 15 de ellos y en el resto las neoplasias fueron sólidas. La enfermedad neoplásica más frecuente fue el Linfoma No Hodgkin con 10 casos, constituyendo el 23.81% del total de pacientes incluidos en este estudio, seguido de la Enfermedad de Hodgkin identificada en 4 casos (9.52%). Tabla 3.

Las infecciones ocuparon el segundo lugar como causa de linfadenopatía con 8 casos, siendo la tuberculosis la que se identificó con mayor frecuencia con 4 casos, seguida por enfermedad periodontal en dos casos, 1 caso de mononucleosis infecciosa y un caso de cirrosis hepática por virus de la hepatitis C. Tabla 4.

La etiología autoinmune se identificó en tres casos siendo el lupus eritematoso sistémico, la anemia hemolítica autoinmune y la cirrosis biliar primaria los diagnósticos finales. Tabla 5.

Dentro del grupo de causas diversas los diagnósticos finales fueron los de síndrome hipereosinofílico, Enfermedad de Rosai - Dorfman, Linfadenitis

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

SUJETOS, MATERIAL Y METODOS

Este estudio observacional, ambilectivo, transversal y descriptivo se realizó en el Departamento de Medicina Interna del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza, del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se incluyeron a todos los pacientes hombres y mujeres mayores de 18 años ingresados con diagnóstico de linfadenopatía en estudio con expediente clínico disponible del 1° de enero del 2001 al 30 de agosto del 2002.

Se analizaron la edad, el sexo, el tiempo de evolución de la linfadenopatía, la localización de la misma, los signos y síntomas acompañantes, el diagnóstico por grupo etiológico, el reporte histopatológico, el diagnóstico final, las pruebas de laboratorio o estudios de imagen empleados y la evolución. Asimismo, determinamos la relación entre la localización anatómica de la linfadenopatía y el diagnóstico final.

RESULTADOS.

Se analizaron en el estudio 42 pacientes. 19 mujeres (45.2%) y 23 hombres (54.8%) con un promedio de edad de 50.42 ± 19.68 años. El tiempo de evolución promedio desde la aparición de la linfadenopatía hasta el diagnóstico fue de 4.17 ± 7.47 meses (intervalo 1- 36 meses); la linfadenopatía generalizada fue la que predominó en 24 casos (57.1%), seguida de la localización cervical (9 casos, 21.4%) y la abdominal (7 casos, 16.7%) (tabla 1).

La frecuencia de los casos por grupo etiológico se muestra en la tabla 2.

Las neoplasias ocuparon el primer lugar como causa de linfadenopatía en los tres grupos etáreos, con un total de 23 casos (54.8%), identificándose un origen hematológico en 15 de ellos y en el resto las neoplasias fueron sólidas. La enfermedad neoplásica más frecuente fue el Linfoma No Hodgkin con 10 casos, constituyendo el 23.81% del total de pacientes incluidos en este estudio, seguido de la Enfermedad de Hodgkin identificada en 4 casos (9.52%). Tabla 3.

Las infecciones ocuparon el segundo lugar como causa de linfadenopatía con 8 casos, siendo la tuberculosis la que se identificó con mayor frecuencia con 4 casos, seguida por enfermedad periodontal en dos casos, 1 caso de mononucleosis infecciosa y un caso de cirrosis hepática por virus de la hepatitis C. Tabla 4.

La etiología autoinmune se identificó en tres casos siendo el lupus eritematoso sistémico, la anemia hemolítica autoinmune y la cirrosis biliar primaria los diagnósticos finales. Tabla 5.

Dentro del grupo de causas diversas los diagnósticos finales fueron los de síndrome hipereosinofílico, Enfermedad de Rosai - Dorfman, Linfadenitis

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

dermatopática y Hemoglobinuria paroxística nocturna, todos con un caso identificado.

En cuatro pacientes no se llegó a conclusión diagnóstica, en dos de ellos por fallecimiento y en dos por alta voluntaria. Tabla 6.

La pérdida de peso fue la principal manifestación acompañante encontrándose en 32 casos (76.2), seguida de la fiebre en 22 casos (52.4%), hepatomegalia en 17 casos (40.5%), diaforesis en 13 casos (31%) y esplenomegalia en 8 casos (19%). Tabla 7.

La frecuencia de los signos y síntomas por grupos de edad se muestra en la tabla 8, y las causas etiológicas de acuerdo al grupo de edad, en la tabla 9.

Cuando la localización de la linfadenopatía fue a nivel cervical los diagnósticos finales más frecuentes fueron el Linfoma No Hodgkin, la tuberculosis ganglionar y la enfermedad periodontal. Las enfermedades que se manifestaron con mayor frecuencia como linfadenopatía generalizada fueron Linfoma no Hodgkin con (7 casos), la Enfermedad de Hodgkin (4 casos) y el carcinoma testicular (2 casos). En la localización abdominal no predominó ninguna patología y se identificó un caso de LNH cuando la localización fue inguinal y un caso de carcinoma adenoescamoso de pulmón cuando la localización fue supraclavicular. Tabla 10.

Los procedimientos diagnósticos más frecuentemente empleados fueron las pruebas serológicas en 40 casos (95.24%), la ultrasonografía en 39 casos (92.83%), la tomografía axial computada en 39 casos (92.83%), los cultivos bacteriológicos en 38 casos (90.48%), las biopsias en 34 casos (80.95%), siendo en 21 casos (61.76%) el diagnóstico de malignidad y en los 13 casos restantes en los que se llevaron a cabo biopsias (38.24%) el diagnóstico de benignidad, y los estudios de inmunología en 33 casos (78.57%). La laparotomía exploradora fue realizada en 9 casos (21.43%) para llegar a una conclusión diagnóstica. Tabla 11.

El riesgo para la etiología infecciosa (OR) en el grupo de 18 a 30 años fue de 2.31 (IC 95% 0.442 – 12.114), OR 7.75 (0.622 – 96.62) para la etiología autoinmune, OR 0.456 (IC 95% 0.107 – 1.942) para la etiología neoplásica y un OR 0.397 (IC 95% 0.43 – 3.689) para causas diversas. En el grupo de 31 a 50 años el riesgo para la etiología infecciosa fue de 0.464 IC (IC 95% 0.49 – 4.362), para la etiología autoinmune OR 1.938 (0.155 – 24.156), para la etiología neoplásica un OR 0.689 (0.134 – 2.6) y para causas diversas OR de 2.8 (IC 95% 0.521 – 15.04). Por último, para el grupo de edad de 51 a 80 años en riesgo de etiología infecciosa fue de 0.789 (IC 95% 0.169 – 3.691), para la etiología neoplásica de 2.5 (IC 95% 0.738 – 9.010), para las causas diversas de 0.789 (IC 95% 0.169 – 3.689) y sin poderse determinar un riesgo para la etiología autoinmune ya que no se presentaron casos en esta serie y este grupo de edad. (Tabla 12).

DISCUSIÓN.

La linfadenopatía es común y afecta a pacientes de todas las edades. Su estudio se ha considerado como un verdadero reto diagnóstico en la práctica de la Medicina Interna, dada la gran variedad de causas que la pueden generar. Su incidencia se desconoce y las series publicadas son limitadas y los resultados variables dependiendo si es el estudio es llevado a cabo en el contexto de primer, segundo o tercer nivel de atención. El diagnóstico histológico de malignidad según informes es de 40 a 48% de los ganglios linfáticos extirpados quirúrgicamente lo que difiere de lo encontrado en nuestra serie en donde se demostró malignidad en el 61.76% de los ganglios linfáticos extirpados quirúrgicamente y benignidad tan sólo en el 38.24%.

Varios estudios han determinado que la posibilidad de diagnosticar una lesión benigna disminuye conforme aumenta la edad. Así, la edad se ha considerado como el factor más importante para predecir la probabilidad de que la linfadenopatía sea de origen benigno o bien maligno, (3) siendo las causas infecciosas las que más frecuentemente se diagnostican en adultos muy jóvenes y las neoplasias en los muy viejos. En nuestro trabajo encontramos que la principal causa en todos los grupos de edad fueron las neoplasias, sin corroborar que la edad sea un predictor de benignidad o malignidad.

Los signos y síntomas asociados con linfadenopatía son variados. Los pacientes pueden estar asintomáticos o bien presentar sintomatología B (15). Estas son características típicamente asociadas a trastornos linfoproliferativos pero también pueden estar presentes en trastornos infecciosos. En nuestra serie no encontramos casos en los que la linfadenopatía fuera una manifestación aislada y frecuentemente se acompaña de pérdida ponderal, fiebre, diaforesis, hepatomegalia y esplenomegalia. Es importante señalar que la linfadenopatía ha sido asociada a esplenomegalia con un número relativamente limitado de trastornos (7); sin embargo, en nuestra serie la esplenomegalia se presentó en 8 casos, constituyendo el 19% del total. Las causas que más se han relacionado con la presencia de esplenomegalia son la mononucleosis infecciosa, la Enfermedad de Hodgkin y el Linfoma no Hodgkin, la leucemia linfocítica crónica y la leucemia aguda y ha sido raramente asociada a cáncer metastásico. Nuestros hallazgos coinciden en que la mononucleosis infecciosa y el Linfoma no Hodgkin son dos de las causas más frecuentemente relacionadas con esplenomegalia, siendo otras causas identificadas la anemia hemolítica autoinmune, la linfadenitis dermatopática, la tuberculosis sistémica y el cáncer testicular.

Las enfermedades más frecuentemente asociadas a linfadenopatía cervical son de origen infeccioso y neoplásico (2) lo que concuerda con nuestros hallazgos en donde encontramos como diagnósticos más frecuentes al linfoma no Hodgkin, la tuberculosis ganglionar y la enfermedad periodontal. Tuvimos un solo caso de linfadenopatía de localización inguinal y otro supraclavicular por lo que no es

posible establecer una correlación entre estas localizaciones y la etiología dado el escaso número de casos, así mismo, se ha establecido que la linfadenopatía limitada al abdomen (mesentérica o retroperitoneal) es predominantemente un dato de malignidad, sin embargo, en nuestra serie se tuvieron 7 casos todos con patología diferente sin ser posible tampoco establecer una relación con respecto a la etiología ya que se encontraron enfermedades de los cuatro grupos etiológicos. Por último, en este estudio corroboramos, como ha sido publicado en diferentes series, que la etiología de la linfadenopatía generalizada es predominantemente neoplásica encontrando que las causas malignas fueron por mucho las más comunes, especialmente el LNH y la enfermedad de Hodgkin.

Los riesgos estimados para la etiología de acuerdo a la edad no fueron estadísticamente significativos en ningún caso, además de determinarse intervalos de confianza amplios dado el pequeño número de pacientes incluidos, y aunque los resultados estadísticos deberán ser tomados con reserva, consideramos que este trabajo puede servir como guía en el protocolo de estudios del enfermo con linfadenopatía.

En conclusión, el conocimiento del diagnóstico diferencial, y las interrelaciones existentes entre las diferentes características de la linfadenopatía tales como la localización, el tiempo de evolución, las causas más frecuentes de acuerdo al grupo de edad, su asociación con otros signos y síntomas y los hallazgos de los estudio complementarios tanto de laboratorio como de gabinete, permitirán establecer una mejor orientación de la ruta diagnóstica adecuada en la población de pacientes atendida para poder llegar con mayor prontitud al diagnóstico de certeza y por lo tanto proporcionar una terapéutica más oportuna.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFÍA



1. Vassilakopoulos TP, Pangalis GA. Application of a Prediction Rule Select which Patients Presenting with Lymphadenopathy Should Undergo a Lymph Node Biopsy. *Medicine* 2000; 79(5):338-347.
2. *Mayo Clin Proc.* 2000;75:723-732.
3. Lee Y, Terry R, Lukes RJ. Lymph node biopsy for diagnosis: a statistical study. *J Surg Oncol.* 1980;14:53-60.
4. Ramiro HM, Saita KO. *Temas de Medicina Interna* 1994. II(1):119-141. Interamericana. McGraw-Hill.
5. Pangalis GA, Vassilakopoulos TP, Boussiotis VA, Fessas P. Clinical approach to lymphadenopathy. *Semin Oncol.* 1993;20:570-582.
6. Dorfman RE, Alpern MB, Gross BH, Sandler MA. Upper abdominal lymph nodes: criteria for normal size determined with CT. *Radiology.* 1991;180:319-322.
7. Einstein DM, Singer AA, Chilcote WA, Desai RK. Abdominal lymphadenopathy: spectrum of CT findings. *Radiographics.* 1991;11:457-472.
8. Glazer GM, Gross BH, Quint LE, Francis IR, Bookstein FL, Orringer MB. Normal mediastinal lymph nodes: number and size according to American Thoracic Society mapping. *AJR Am J Roentgenol.* 1985;144:261-265.
9. Kiyono K, Sone S, Sakai F, et al. The number and size of normal mediastinal lymph nodes: a postmortem study. *AJR Am J Roentgenol.* 1988;150:771-776.
10. Steinkamp HJ, Hosten N, Richter C, Schedel H, Felix R. Enlarged cervical lymph nodes at helical CT. *Radiology.* 1994;191:795-798.
11. Lister TA, Crowther D. Staging for Hodgkin's disease. *Semin Oncol.* 1990;17:696-703.
12. Klein B, Stein M, Kuten A, et al. Splenomegaly and solitary spleen metastasis in solid tumors. *Cancer.* 1987;60:100-102.

- 13 Robbins KT. Integrating Radiological Criteria Into the Classification of Cervical Lymph Node Disease. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1999;125(4):385-387.
14. Som PM, Curtin HD, Mancuso AA. An imagin-based classification for the cervical nodes designed as an adjunct to recent clinically based nodal classification. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1999;125:388-396.
- 15 King AD, Ahuja AT, Metreweli C. MRI of Tuberculous Cervical Lymphadenopathy. 1999;23(2):244-247.
16. Van den Brekel MWM, Stel HV, Castelijns JA, et al. Cervical Lymph Node Metastasis: Assessment of Radiologic Criteria. Radiology 1990;177:379-84.
17. Som PM. Detection of Metastasis in Cervical Lymph Nodes. CT and MR Criteria and Differential Diagnosis. AJR 1992;158:961
- 18 Winterbauer R, Belic N, Moores K. A Clinical Interpretation of Bilateral Hilar Adenopathy. Ann Intern Med 1973;78:65-71).
19. Lee YT, Terry R, Lukes RJ. Biopsy of Peripheral Lymph Nodes. Am Surg 1982;48(10):536-539.
- 20 Shala A, Webber C, Marti J. Fine Needle Aspiration in the Diagnosis of Cervical Lymphadenopathy. Am J Surg 1986;152(4):420-423.
21. Chang DB, Yang PC, Luhkt, et al. Ultrasonic Evaluation of Cervical Lymphadenopathy. Taiwan I Hsueh Hui Tsa Chih 1990;89(4):286.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXOS

Tabla 1. Características demográficas de los casos

	No. DE CASOS.	%
- Género		
Femenino	19	45.2
Masculino	23	54.8
- Edad (intervalo)		
18 ~ 30 años	10	23.8
31 ~ 50 años	9	21.4
51 ~ 80 años	23	54.8
- Tiempo de evolución de Linfadenopatía (en meses)		
1	10	23.8
1.5	2	4.8
2	15	35.7
2.5	1	2.4
3	5	11.9
4	2	4.8
5	1	2.4
6	3	7.1
12	1	2.4
36	2	4.8
- Localización de la linfadenopatía		
Generalizada	24	57.1
Cervical	9	21.4
Abdominal	7	16.7
Inguinal	1	2.4
Supraclavicular	1	2.4

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Tabla 2. Causas de linfadenopatía

Etiología	No. de casos	%
Neoplasias.	23	54.9
Infecciosa.	8	19.0
Autoinmune	3	7.1
Diversas	4	9.5
No determinadas	4	9.5

Tabla 3. Causas neoplásicas de linfadenopatía.

	No. de casos
Linfoma No Hodgkin	10
Enfermedad de Hodgkin	4
Leucemia granulocítica crónica	1
Carcinoma de vesícula biliar	2
Carcinoma gástrico	1
Carcinoma testicular	2
Carcinoma adenoescamoso de pulmón	1
Sarcoma estromal de primario desconocido	1
Hígado metastásico de primario desconocido (carcinoma poco diferenciado)	1
Total	23

Tabla 4. Causas infecciosas de linfadenopatía.

	No. de casos
Tuberculosis ganglionar	3
Enfermedad periodontal	2
Tuberculosis sistémica	1
Mononucleosis infecciosa	1
Cirrosis hepática por VHC	1
Total	8

Tabla 5. Causas autoinmunes de linfadenopatía.

	No. de casos
Lupus eritematoso sistémico	1
Anemia hemolítica autoinmune	1
Cirrosis biliar primaria	1
Total	3

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 6. Causas diversas de linfadenopatía.

	No. de casos
Enfermedad de Rosai – Dorfman	1
Linfadenitis dermatopática	1
Síndrome hipereosinofílico	1
Hemoglobinuria paroxística nocturna	1
Total	4

Tabla 7. Principales signos y síntomas asociados a linfadenopatía.

	No. de casos	%
Pérdida de peso	32	76.2
Fiebre	22	52.4
Hepatomegalia	17	40.5
Diaforesis	13	31.0
Esplenomegalia	8	19.0

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 8. Principales signos y síntomas asociados a linfadenopatía por grupo etáreo.

Signo o síntoma	Grupo etáreo (No. de casos)			Total de casos	%
	<30 años	31-50 años	51-80 años		
Pérdida peso	5	6	21	32	76.2
Fiebre	7	6	9	22	52.2
Hepatomegalia	5	3	9	17	40.5
Diaforesis	4	1	8	13	31
Esplenomegalia	2	2	4	8	19

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Tabla 9. Diagnósticos de linfadenopatía por grupo etáreo.

Grupo de edad	Causas (No. de casos)			
< 30 a	INFECCIOSAS:	AUTOINMUNES:	NEOPLÁSICAS:	DIVERSAS:
	Mononucleosis infecciosa (1)	Anemia hemolítica autoinmune (1)	Carcinoma de vesícula biliar (1)	Enf. de Rosai - Dorfman (1)
	Enfermedad periodontal (1)	Lupus eritematoso sistémico (1)	Enfermedad de Hodgkin (2)	
	Tuberculosis ganglionar (1)		Ca. Testicular (1)	
31-50 a	Tuberculosis ganglionar (1)	Cirrosis biliar primaria (1)	LNH (1)	Linfadenitis dermopática (1)
			Ca. Gástrico (1)	Sx. Hipereosinofílico (1)
			Enf. de Hodgkin (1)	Hemoglobinuria paroxística nocturna (1)
			Ca. Testicular (1)	
51-80 a	Cirrosis hepática por VHC (1)		LNH (9)	Etiología no determinada (4)
	Tuberculosis ganglionar (1)		LGC (1)	
	Enfermedad periodontal (1)		Enf. de Hodgkin (1)	
	Tuberculosis sistémica (1)		Ca. Vesicular (1)	
			Ca. de pulmón (1)	
		Sarcoma estromal de primario desconocido (1)		
		Hígado metastásico de primario desconocido (1)		

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 10. Causas de linfadenopatía por localización.

Localización anatómica	Diagnóstico final	No. de casos
Cervical	Linfoma no Hodgkin	2
	Causa no determinada	2
	Tuberculosis ganglionar	2
	Enfermedad periodontal	2
	Síndrome hipereosinofílico	1
Generalizada	Linfoma no Hodgkin	7
	Enfermedad de Hodgkin	4
	Carcinoma testicular	2
	Carcinoma gástrico	1
	Anemia hemolítica autoinmune	1
	Tuberculosis ganglionar	1
	Mononucleosis infecciosa	1
	Linfadenitis dermatopática	1
	Lupus eritematoso sistémico	1
	Carcinoma de vesícula biliar	1
	Leucemia granulocítica crónica	1
	Hemoglobinuria paroxística nocturna	1
	Enfermedad de Rosai Dorfman	1
Etiología no determinada	1	
Abdominal	Cirrosis hepática por VHC	1
	Cirrosis biliar primaria	1
	Tuberculosis sistémica	1
	Hígado metastásico de primario	
	Desconocido (carcinoma poco diferenciado)	1
	Carcinoma de vesícula	1
	Sarcoma estromal de primario desconocido	1
	Etiología no determinada	1
Inguinal	Linfoma no Hodgkin	1
Supraclavicular	Carcinoma adenoescamoso de pulmón	1

TESIS CON
FUENTE DE ORIGEN

Tabla 11. Procedimientos diagnósticos empleados por frecuencia.

Auxiliar diagnóstico	No. de casos	%
Pruebas serológicas	40	95.24
Ultrasonografía	39	92.83
Tomografía axial computada	39	92.83
Cultivos bacteriológicos	38	90.48
Biopsias	34	80.95
Inmunología	33	78.57
Aspirado de médula ósea	20	47.62
Baciloscopías	14	33.33
Endoscopias	9	21.43
Laparotomía exploradora	9	21.43
Resonancia magnética	1	2.38

Tabla 12. Riesgo para la etiología según la edad

Edad	Etiología	OR (IC 95%)
18 - 30 años	Infeciosa	2.3 (0.442 - 12.114)
	Autoinmune	7.750 (0.622 - 96.62)
	Neoplásica	0.456 (0.107 - 1.942)
	Miscelánea	0.397 (0.43 - 3.689)
31 -50 años	Infeciosa	0.464 (0.49 - 4.362)
	Autoinmune	1.938 (0.155 - 24.156)
	Neoplásica	0.689 (0.134 - 2.6)
	Miscelánea	2.8 (0.521 - 15.04)
51 - 80 años	Infeciosa	0.789 (0.169 - 3.691)
	Autoinmune	
	Neoplásica	2.5 (0.738 - 9.010)
	Miscelánea	0.789 (0.169 - 3.689)

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**