

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

RECIENTO UNIVERSITARIO RUBÉN DARÍO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

MONOGRAFÍA PARA OPTAR AL TÍTULO

ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA



TEMA

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LAS ADENOPATÍAS CERVICALES ENCONTRADAS EN NIÑOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE ESPECIALIDADES DEL HOSPITAL INFANTIL MANUEL DE JESÚS RIVERA, EN EL PERÍODO COMPRENDIDO PRIMERO DEL MARZO 2014 A TREINTA Y UNO DE MARZO 2015.

DRA: EVELING JOHANA AGUILAR VELÁSQUEZ

TUTOR: DR. FRANCISCO ORDOÑEZ

MEDICO PEDIATRA

MANAGUA, 09 DE MARZO DEL AÑO 2016

INDICE

	Pág.
<u>INDICE</u>	i
<u>AGRADECIMIENTO</u>	ii
<u>DEDICATORIA</u>	iii
<u>OPINION DEL TUTOR</u>	iv
<u>RESUMEN</u>	v
I. <u>INTRODUCCION</u>	1
II. <u>ANTECEDENTES</u>	2
III. <u>JUSTIFICACION</u>	5
IV. <u>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</u>	6
V. <u>OBJETIVOS</u>	7
VI. <u>MARCO TEORICO</u>	8
VII. <u>DISEÑO METODOLOGICO</u>	17
VIII. <u>RESULTADOS</u>	23
IX. <u>DISCUSION Y ANALISIS</u>	26
X. <u>CONCLUSIONES</u>	28
XI. <u>RECOMENDACIONES</u>	29
XII. <u>BIBLIOGRAFIA</u>	30
XIII. <u>ANEXOS</u>	31

ii. AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios quien nos ha permitido culminar un paso más para a nuestra formación

A mi madre por su apoyo incondicional.

A mi tutor Dr. Francisco Ordoñez por dedicarme su tiempo y ayudarme a culminar este estudio.

iii. DEDICATORIA

El presente estudio lo dedicó a mis hijos Dylan Joan y Yarok Benjamín que son mi inspiración para continuar en este camino, quienes aprendieron a compartir con migo el poco tiempo que logre ofrecerles en estos tres años.

A mi madre que me ha brindado su apoyo incondicional, permaneciendo presente en el desarrollo de mi carrera.

iv. OPINION DEL TUTOR

El trabajo monográfico realizado por la Dra. Eveling Aguilar, es un estudio que se realiza por primera vez en este hospital. El propósito fue analizar una de los principales motivos de consulta en pediatría y que muchas veces provoca incertidumbre en cuanto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico ya que el abordaje de las adenopatías en pediatría sigue siendo un reto para el médico tratante.

Logramos describir las principales características clínicas de los pacientes con adenopatías cervicales en nuestro hospital, pero principalmente conocer las diferencias entre las adenopatías de causa maligna y las de evolución benigna, lo cual nos proporciona una herramienta útil para el abordaje temprano y oportuno principalmente de las patologías hemato – oncológicas y mejorar así el pronóstico de estos pacientes.

Agradezco a la Dra. Aguilar por permitirme ser partícipe de este trabajo monográfico.

Le felicito y le deseo muchos éxitos en el inicio de esta hermosa labor como pediatra.

Dr. Francisco Ordoñez

Médico pediatra

v. RESUMEN

El presente estudio es de tipo descriptivo retrospectivo de corte transversal, cuyo universo corresponde al total de pacientes hospitalizados en el servicio de especialidades durante el primero de marzo del 2014 al treinta uno de marzo 2015, que comprendieron 1533 ingresos, conformando nuestra muestra 81 pacientes con diagnóstico de adenopatía cervical, reflejando un 5.2% del total de todos los ingresos, lográndose estudiar 61 pacientes porque eran los que cumplieron los criterios de inclusión, en el cual se planteó describir factores clínicos de las adenopatías cervicales malignas y benignas, al igual que se detalló algunas características sociodemográficas que caracterizo a nuestra población.

La información se recolecto mediante la revisión del expediente clínico y el llenado de fichas, los resultados se procesaron en el programa SPSS versión 23, los resultados se reflejaron en tablas, con frecuencias y porcentajes.

En el estudio el grupo etario de 5-10 años representan el mayor porcentaje con un 42.6%, y el sexo masculino predomino con un 54.1%.

En relación a las generalidades de las adenopatías cervicales encontradas un 42.6% correspondiente a 26 pacientes fueron de predominio derecho y un 45.9% (28 paciente) localizadas en el lado izquierdo y un 11.5% (7 pacientes) se encontraron bilaterales en el cuello, un 63.9% eran menor a un mes de evolución, de los síntomas asociados el dolor local era el más frecuente.

En las adenopatías cervicales las de origen maligno se localizaban al lado izquierdo del cuello en el 60%, todas tenían mayor a tres meses de evolución (60%)y un tamaño mayor a 1.5 cm palpable (100%), formaban un conglomerado de ganglio y la mayoría presentaban ganglios en otro sitio anatómico principalmente a nivel del mesenterio, las mismas de consistencia sólida, identificando como primer lugar de patología maligna el linfoma de Hodgkin en el 80%, tal como se encontró en los estudios revisados.

Las adenopatías cervicales benignas representaron un 91.8% del total de los casos su localización era en igual tanto del lado derecho como izquierdo (40.9%), en un 63.9% eran de evolución menor a un mes y en un 54% se palpaba ganglio mayor de 1.5 cm, con un 59% de los casos en los que presentaban otro sitio anatómico con más adenopatías.

I.INTRODUCCIÓN

Las adenopatías cervicales es la causa más frecuente de masa en cuello en niños.

Aunque la etiología infecciosa por virus o bacterias es la más común entre los casos benignos, también se han informados infecciones por mononucleosis, micro bacterias, la tuberculosis e infecciones por hongos son ocasionales.

Si la etiología es infecciosa el tratamiento específico para el agente hace que la linfadenopatía remita, aunque por lo general no desaparece. Puede ser de etiología maligna, siendo la principal expresión el linfoma de Hodgkin (3)

Aproximadamente el 5% de las enfermedades malignas involucran cabeza y cuello, el 27% del cáncer pediátrico es secundario a tumores primarios en la región del cuello.

La naturaleza benigna de un tumor puede ser precedida por la localización de la masa, tamaño y factores clínicos asociados.

Un estudio de prevalencia de adenopatías de la cabeza y cuello demostró que el 44% de niños menores de 5 años, aparentemente sanos durante la consulta pediátrica, presentaban adenopatías, de los niños enfermos revisados durante la consulta 64% tenían ganglios linfáticos palpables. (10)

Dada la prevalencia de adenopatías en niños, la identificación de factores clínicos o pronósticos que acompañan y determinan malignidad, pueden ayudarnos para la toma de decisiones tempranamente y permitir realizar un diagnóstico oportuno.

II. ANTECEDENTES

A. Pérez, M. Guijarro. Centro de estudios los valles. Cantabria, 2002. El tamaño, consistencia y fijación de la adenopatía no suele estar recogido en la historia clínica en un alto número de casos y a partir de nuestros resultados es evidente su interés. Se estudiaron 163 pacientes con adenopatías cervicales en el que 84,5% de los casos hubo una sola adenopatía; dos en el 8,2%; tres en el 3,1%; más de tres en el 4%.

En el 44,4% de los casos medían menos de 3 cm de diámetro; entre 3 y 6 cm en el 14,4%; más de 6 cm en el 5%; no constaba en la historia clínica la medida en el 36,3%. El 83,4% eran unilaterales y de éstas el 50,5% derecha. Eran móviles el 27%, fijas el 14,1% y no constaba en el 58,9%. (10)

La consistencia era dura en el 20,9% de los pacientes, blanda en otro 20,9% y no constaba en el 58,3%. El 52,5% de los pacientes tenía una prueba diagnóstica radiológica previa.

La biopsia fue diagnóstica en todos los casos; el 44,4% correspondió a tumoraciones malignas y el 55,6% tuvo un diagnóstico benigno.

Al analizar la bibliografía hemos encontrado menos frecuencia de patología de origen tuberculoso y más tumoral maligna, ya que en estudios como el de Chua hasta un 23,65% fueron linfadenitis tuberculosas y un 28, 8% malignas; encontraron también menor proporción de adenopatías de origen desconocido. (10)

Amr E, Talmi M y cols, chile. Describieron 596 casos parecida proporción de adenopatías de origen tuberculoso (7,5%) y enfermedad de Hodgkin (9,7%), aunque el origen maligno más frecuente en su serie fue el linfoma no Hodgkin. Talmi encontró menor proporción de adenopatías de origen desconocido (3-6%).

Algunos estudios retrospectivos se han realizado para examinar los factores clínicos, etiología e indicación de la biopsia de niños con adenopatía periférica.

Estos análisis proveen información útil pero no determinan el riesgo de malignidad que tiene un niño con ganglio cervical aumentado. Srouji refiere que la linfadenopatía en niños es un evento raro y que sólo 15.8 % requiere biopsia.

Vargas Vallejos M, Martín R y cols. Realizaron estudio sobre Factores clínicos predictores de malignidad en la biopsia de ganglio cervical en pediatría. Hospital del niño Nieto padrón, Villahermosa, tabasco, 2007. En el que describen las características clínicas de los ganglios estudiados en 43 pacientes, entre los casos con adenopatías benignas 15 fueron dolorosos y cinco no. (13)

En los asociados con etiología maligna, cuatro fueron dolorosos y 19 no. De tal forma, hubo mayor porcentaje de casos no dolorosos en el grupo con etiología maligna, el tamaño del ganglio varió de 1 a 4 cm con promedio de 2.5 cm para etiología benigna, y de 2 a 5 cm con promedio de 3.7 cm en etiología maligna.

En relación con la consistencia, 13 casos de la adenopatía benigna (65 %) fueron blandos y siete (35 %), duros. En la adenopatía maligna, cuatro (18 %) fueron de consistencia blanda y 19 (82 %), dura. (13)

Ganglios con etiología benigna y con conglomerado ganglionar se presentaron solamente en cinco (22 %) casos en un lado del cuello y en ningún caso en forma bilateral. Ganglios con etiología maligna y con conglomerado ganglionar se presentaron en 18 casos (78 %); En el resto de los pacientes no hubo diferencia significativa entre lado derecho o izquierdo de la cadena ganglionar cervical anterior.

Olivas F, Hospital infantil Manuel de Jesús Rivera, Nicaragua marzo 2013 se publicó un estudio, sobre etiología más frecuente de adenopatías periféricas, en el que se reflejó que las adenopatías que predominaban eran las cervicales en un 62.2% de un total de 240 expedientes revisados en un período de cuatro años, en el cual se encontró que los ganglios presentes eran mayor a un centímetro de diámetro y dentro de las patologías encontradas están los linfomas en un 5.4%, tuberculosis 6.7%, seguido de procesos virales. (9).

Solamente se encontró este estudio realizado en Nicaragua donde se describen la etiología de las adenopatías y no las características clínicas de las mismas, por lo cual el interés del estudio.

III. JUSTIFICACION

Aunque la etiología de las adenopatías puede ser infecciosa por virus o bacterias la más común entre los casos benignos, también la linfadenopatía cervical puede ser de etiología maligna, siendo la principal expresión el linfoma de Hodgkin, tercer tumor maligno más encontrado en niños. El cáncer es la segunda causa de muerte en niños entre uno y 14 años de edad. Aproximadamente 5 % de las enfermedades malignas involucran cabeza y cuello, pero 27 % del cáncer pediátrico es secundario a tumores primarios en la región cervical.

Un estudio de prevalencia de adenopatías de la cabeza y cuello demostró que 44 % de niños menores cinco años de edad, aparentemente sanos durante la consulta pediátrica, presentaba ganglios linfáticos (10)

Dada la prevalencia de ganglios linfáticos en niños, la identificación de factores clínicos que acompañan o factores pronósticos que determinen malignidad, puede orientar al pediatra para la toma de decisiones oportunas.

El propósito es comparar características clínicas de las adenopatías cervicales con el fin de diferenciar clínicamente estas dos patologías y de esta manera hacer diagnóstico y tratamiento más oportuno.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los ganglios linfáticos cervicales ocupan el primer lugar de masa o aumento de volumen en el cuello durante la infancia,

Se identifican diversos signos y síntomas en el cuadro clínico que acompaña a adenopatía cervical, los cuales pueden estar asociados con etiología maligna y/o benigna, con el objetivo de identificar las características clínicas manifiestas en los pacientes ingresados a la sala de especialidades en el periodo comprendido del estudio, nos planteamos la necesidad de evidenciar la evolución de las adenopatías cervicales, presentes en nuestra población de estudio.

Ya que es de relevancia la identificación temprana para el abordaje inicial de la enfermedad, así como la identificación de la causa de adenopatías.

Por lo cual queremos conocer ¿Cuál es la caracterización clínica de las adenopatías cervicales? con el fin de identificar tempranamente las adenopatías de características malignas.

V. OBJETIVO GENERAL

Caracterizar clínicamente las adenopatías cervicales encontradas en niños que estuvieron ingresados en el servicio de especialidades en el hospital Manuel de Jesús Rivera, en el periodo comprendido del primero de marzo del 2014 al treinta y uno marzo del 2015.

Objetivos específicos

1. Caracterizar los pacientes que desarrollaron adenopatías cervicales en el periodo del estudio.
2. Conocer la incidencia de adenopatías cervicales malignas y benignas.
3. Comparar manifestaciones clínicas y de laboratorio presentes en pacientes con adenopatías cervicales benignas y malignas.

VI. MARCO TEORICO

El sistema linfático está constituido por la linfa, los conductos linfáticos y diversos órganos, entre los que figuran los ganglios linfáticos. Estos suelen estar agrupados y son muy numerosos. Los ganglios superficiales están alojados en el tejido conjuntivo subcutáneo, mientras que los más profundos se encuentran junto a las fascias de los músculos y en el interior de las diversas cavidades corporales. (4)

Las adenopatías, linfadenomegalias o linfadenopatía son el aumento de tamaño o la alteración de la consistencia de los ganglios linfáticos. Su tamaño normal es menor de 1 cm, a excepción de los ganglios inguinales en los que el límite se sitúa en 2 cm. En cualquier otra localización corporal se pueden palpar ganglios más pequeños de 0,5 cm que corresponden a infecciones antiguas.

El crecimiento de los ganglios linfáticos puede ser debido a: incremento en el número de macrófagos y linfocitos benignos durante la respuesta a los antígenos, infiltración por células inflamatorias en las infecciones que afectan a los ganglios, proliferación in situ de macrófagos o linfocitos malignos, infiltración por células malignas neoplásicas, o infiltración por macrófagos cargados de metabolitos en las enfermedades por depósito de lípidos, el aumento de tamaño de los ganglios linfáticos requiere estudio cuando aparecen uno o más nuevos ganglios de diámetro igual o superior a 1 cm, sin una causa previa conocida (4)

En la valoración clínica de la adenopatía hay que tener en cuenta muchos factores como la naturaleza exacta de la tumoración que se palpa, tamaño de la adenopatía, edad y sexo del paciente, características físicas de la adenopatía, intervalo entre la aparición de la adenopatía y la consulta al médico, y la localización. La simple aparición de una tumoración superficial no es suficiente para asegurar que la misma corresponde a una adenopatía, muy importante a tenerlo en cuenta en localizaciones cervicales e inguinales.

En la región cervical puede corresponder a hipertrofia de la glándula tiroides, quistes del conducto tirogloso, quistes branquiales o higromas quísticos, hipertrofia de la glándula salival parotídea o de las submandibulares, aneurismas. (7)

En la región axilar pueden parecer adenopatías desde hidrosadenitis hasta foliculitis. En la región inguinal se suelen confundir con hernias de difícil reducción. No existe un tamaño a partir del cual se valore que una adenopatía es patológica, pero se acepta por lo general que a partir de 2 cm (en niños a partir de 1 cm), de consistencia dura, con un periodo de evolución de 3 semanas en adelante y para la cual no se ha hallado proceso de tipo inflamatorio o infeccioso que la causa. En las adenopatías que superan los 4 cm, el estudio debe ser urgente. No obstante, de las adenopatías de pequeño tamaño no hay que olvidarse, pues pueden ser el primer signo de un proceso maligno. Las adenopatías de origen infeccioso o inflamatorio suelen ser dolorosas, de consistencia blanda, a veces fluctuantes, y la piel superficial suele estar caliente y eritematosa. (7)

Las adenopatías de origen linfomatoso suelen ser indoloras, de consistencia elástica y rodadera. Las adenopatías de origen neoplásico suelen ser indoloras, de consistencia dura, se suelen encontrar adheridas a planos profundos, por lo que no son rodaderas. Las adenopatías pueden producir fístulas, siendo más frecuente en las de origen tuberculoso.

Edad y sexo del paciente: En niños y adultos jóvenes son habituales las adenopatías debido a la mayor reactividad inmune. En mujeres hay preponderancia de otros orígenes como inflamatorio o inmunológico.

Contexto clínico en el que se encuentra la adenopatía: La presencia de síntomas generales del tipo de síndromes febriles, sudoración profusa, hiporexia, astenia, polimialgias, malestar general o de síntomas específicos de determinadas áreas como lesiones cutáneas, tos, disnea, ronquera, hinchazón de cara, cuello o brazos nos pueden orientar a la causa que está originando la adenopatía.

Localización: Es muy útil para orientar el diagnóstico. Las adenopatías supraclaviculares, mediastínicas, abdominales, epitrocleares y poplíteas (en ausencia de lesión local en estas dos últimas) deben considerarse siempre patológicas.

Las adenopatías generalizadas suelen ser debidas a procesos:

Infecciosos: (Víricos: rubeola, mononucleosis infecciosa, citomegalovirus, Bacterianos: Tuberculosis; Micosis, Lúes, Toxoplasmosis éstas suelen ser localizadas, sobre todo en región laterocervical)

Enfermedades inmunológicas (Lupus eritematoso diseminado, Artritis reumatoide, Dermatomiositis, Enfermedad del suero, Sarcoidosis, SIDA).

Enfermedades hematológicas malignas (Linfoma de Hodgkin donde lo más frecuente es que sean localizadas a nivel mediastínico o supraclavicular, Linfoma no Hodgkin y Leucemia linfoide crónica en éstas dos entidades lo más frecuente es que sean simétricas, Linfoma linfoblástico de células T y Leucemia aguda linfoblástica de células T donde suelen ser de tamaño grande y a nivel mediastínico, Linfadenopatía angioinmunoblástica). Las adenopatías localizadas en un solo territorio periférico suelen indicar una lesión vecina, ya sea herida, excoriación, pero también pueden ser la única manifestación de una neoplasia.

Las diversas localizaciones son:

Preauriculares: Infección de párpados y/o conjuntivas.

Retroauriculares: Linfomas, infecciones del cuero cabelludo o rubeola;

Submandibular: faringitis.

Yugulares o mandibulares unilaterales: Linfomas o tumor maligno no linfoide de cabeza y cuello.

Yugulares o mandibulares bilaterales: Sarcoidosis, Tularemia.

Occipitales: Linfomas, infecciones de cuero cabelludo o rubeola.

Supraclaviculares y/o escalénicas: Metástasis de tumores intratorácicos o digestivos (supraclavicular o ganglio de Virchow que puede ser la única manifestación de una neoplasia abdominal)

- Axilares unilaterales: Neoplasia de mama que hasta ese momento había pasado inadvertida, linfoma, hidrosadenitis o foliculitis.

Axilares bilaterales: Linfoma, enfermedad por arañazo de gato o brucelosis; Hiliares unilaterales: Metástasis de neoplasia de pulmón

- Hiliares bilaterales: Sarcoidosis, tuberculosis o infecciones fúngicas sistémicas.

La asociación de adenopatía hiliar bilateral con masa mediastínica anterior y derrame pleural es muy sugestivo de neoplasia; • Mediastínicas bilaterales: linfoma de Hodgkin (sobre todo en su variante de esclerosis nodular)

Epitrocleares unilaterales: Infecciones de mano o antebrazo, Epitrocleares bilaterales: Sarcoidosis, Tularemia, Inguinales unilaterales: Linfoma venéreo, lúes o linfoma; Inguinales bilaterales: Enfermedades de transmisión sexual, linfoma o enfermedades neoplásicas; Femorales: Infección por Pasteurella pestis o linfoma; Retroperitoneales e intraabdominales: Tuberculosis, linfoma o enfermedades neoplásicas; Mesentéricas: Neoplasias o Tuberculosis (grandes nódulos aglomerados y calcificados).

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de las adenopatías debe comenzarse con una buena anamnesis, exploración física y estudio analítico, aunque a veces no es suficiente y haya que recurrir a otras pruebas complementarias como la biopsia.

Anamnesis: Se debe considerar la edad como medio de orientación. Valoraremos también los antecedentes familiares, de gran ayuda para buscar etiología infecciosa (tuberculosis, rubeola, toxoplasmosis), y los antecedentes personales (cirugía reciente, adicto a drogas parenterales, toma de fármacos, profesión, ocupaciones habituales, contacto con animales o contactos infecciosos, viajes). (8)

También es muy importante considerar el contexto clínico en el que se da, si hay lesiones cutáneas infecciosas o síntomas generales. Muy importante es valorar el tiempo de evolución de la adenopatía, si es inferior a 15 días probablemente sea de origen infeccioso o enfermedad hematológica maligna, si es superior a 1 mes puede ser de origen tuberculoso o neoplásico. El hallazgo de signos inflamatorios y la localización nos pueden ser de gran ayuda para el diagnóstico.

Exploración física: Se deben explorar todas las regiones. Para la palpación de los ganglios superficiales se emplea la superficie palmar de los dedos segundo, tercero y cuarto con suavidad, detectando cualquier aumento de tamaño poco visible y observando su consistencia, movilidad, sensibilidad al tacto y calor. Si se trata de una tumoración de gran tamaño se intenta aislar con los dedos pulgar e índice.

Si son tumores más pequeños se intentan palpar apoyando la punta de los dedos sobre las estructuras profundas ganglionares particularizando en el tamaño, localización, consistencia y movilidad en cada exploración. En la exploración general se debe investigar la presencia de fiebre, síntomas B de los linfomas (fiebre inexplicable, sudoración nocturna y pérdida de peso superior al 10 %), hepatoesplenomegalia, prurito, lesiones cutáneas o exantema, signo de Hoster (los ganglios son dolorosos al ingerir alcohol), soplos cardíacos, signos de diátesis hemorrágica, signos de infección local en las áreas de drenaje y otros signos que puedan orientar hacia la etiología.

En el cuello el borde anterior del esternocleidomastoideo constituye la línea divisoria de los triángulos anterior y posterior cervicales y sirve como punto de referencia útil para describir la localización. La inclinación de la cabeza del paciente hacia delante relaja los tejidos y mejora la accesibilidad. Para explorar los ganglios cervicales es útil situarse detrás del paciente sentado. (Es interesante palpar también el tiroides en la línea media y observar su desplazamiento al tragar el paciente). (8)

Se valorará especialmente el área otorrinolaringológica ante adenopatías de la región cervical. Se deben explorar siguiendo una secuencia: G. Occipitales; G. Retroauriculares superficiales sobre la apófisis mastoides; G. Preauriculares, situados inmediatamente por delante del pabellón auricular, comparando los de ambos lados; G. Parotídeos y retrofaríngeos (amigdalares) del ángulo mandibular; G. Submaxilares situados a medio camino entre el ángulo y el vértice mandibular (a veces es necesario la palpación bimanual con unos dedos localizados a nivel bucal y los otros externamente).

Es muy frecuente confundir una glándula submaxilar con una adenopatía; Ganglio submentonianos en la línea media y por detrás del vértice de la mandíbula.

A continuación palpamos desplazándonos hacia abajo a lo largo del cuello: G. Cervicales superficiales a lo largo del músculo esternocleidomastoideo; G. Cervicales posteriores a lo largo del borde anterior del trapecio; G. Cervicales profundos por debajo del esternocleidomastoideo, difíciles de explorar si se hace con mucha presión; G. Supraclaviculares, palpando profundamente en el ángulo formado por la clavícula y el músculo esternocleidomastoideo, la zona de los ganglios de Virchow. Son sede frecuente de metástasis a causa de su localización al final del conducto linfático torácico.

Es posible encontrar ganglios palpables a ambos lados del cuello porque los conductos colectores mediastínicos de los pulmones se dirigen hacia ambos lados.

La palpación cervical debe completarse con una exploración general de localización ganglionar.

Para palpar los ganglios axilares se sujeta el antebrazo del paciente y se introduce la palma plana de la mano exploradora en el hueco axilar o, como alternativa, se deja que

el antebrazo del paciente descansa en el de la mano que realiza la exploración, describiendo movimientos circulares con las puntas de los dedos y la palma, notando los ganglios axilares centrales hacia la mitad de la pared torácica de la axila y los ganglios axilares laterales bajo el borde anterior del músculo dorsal ancho. Siempre se debe emplear un procedimiento sistemático para palpar otras regiones.

Para los ganglios epitrocleares se sujeta el codo con una mano mientras se explora con la otra la depresión que existe por encima y detrás del cóndilo medial del húmero, a unos 3 cm proximalmente de la epitroclea humeral. Para los ganglios de regiones inguinal y poplíteas se debe colocar al paciente en decúbito supino, con las rodillas ligeramente flexionadas.

Los ganglios inguinales superficiales superiores (femorales) se encuentran muy próximos a la superficie por encima de los conductos inguinales. Los ganglios inguinales inferiores se localizan en zonas más profundas de la ingle. Los ganglios de la región inguinal aumentan de tamaño cuando existen lesiones en la superficie del escroto o del pene.

Por ejemplo, la presencia de adenopatías cervicales, sobre todo si son múltiples, acompañada de ganglios en otros territorios nos orientará hacia un linfoma o enfermedad infecciosa generalizada y en función de dicha orientación pediremos las pruebas complementarias. Exploraciones complementarias a veces la anamnesis, la exploración física y una analítica permite realizar el diagnóstico de la enfermedad, como ocurre en la mayoría de enfermedades exantemáticas como la rubeola o la mononucleosis infecciosa.

El estudio debe ser individualizado según la orientación diagnóstica clínica. Si existen adenopatías generalizadas el estudio es parecido al de la localizada, sumando también análisis inmunológico y serología virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

Las pruebas básicas ante una adenopatía sin causa evidente son: Iniciales: Hemograma, extensión de sangre periférica, velocidad de sedimentación globular (VSG), test de Coombs. Bioquímica: función hepática, función renal, bilirrubina, fosfatasa alcalina, ácido fólico, hierro, vitamina B12. Posteriores: Microbiología: serologías (Virus de Epstein-Barr (VEB), citomegalovirus, toxoplasmosis, VIH, virus de

hepatitis B (VHB), lúes, rubeola, brucella), cultivos, baciloscopia, Mantoux. Inmunología: factor reumatoide, inmunoglobulinas, poblaciones linfocitarias, anticuerpos antinucleares, anticuerpos anti-DNA.

Radiografía de tórax, con la que pueden estudiarse, entre otras patologías, quistes, calcificaciones tuberculosas, o cuerpos extraños radiopacos. Ecografía abdominal, nos puede informar sobre ganglios retroperitoneales. TAC torácico/abdominal, que permite valorar, por ejemplo, alteraciones vasculares, hematomas, tumores y quistes, tanto en localización como en extensión, así como adenopatías retroperitoneales y mesentéricas.

Es muy sensible para detectar adenopatías entre 1 y 2 cm de diámetro. Gammagrafía con ^{67}Ga y gammagrafía de tiroides. Si con toda esta batería de pruebas no llegamos al diagnóstico etiológico se debe plantear la realización de Punción aspiración con aguja fina (PAAF) y/o biopsia ganglionar. La PAAF es una técnica eficaz para la valoración de las adenopatías superficiales en estudio inicial, siendo medio útil en reconocer metástasis y linfadenitis específicas, no así en procesos linfoproliferativos y otros procesos como síndromes mieloproliferativos.

La biopsia ganglionar es diagnóstica en un 50-60% de los casos, sobre un 25 % de los casos no diagnósticos presentarán en un periodo variable de tiempo una enfermedad causal, normalmente un linfoma, por lo que se debe llevar un seguimiento estrecho de estos pacientes y repetir la biopsia si fuera necesario.(13)

Las adenopatías no inflamatorias englobarían a la neoplásicas. Las neoplásicas, un 50 % de ellas son tumores de los ganglios linfáticos y un 40 % son metástasis de otros tumores. Suelen ser, si se trata de linfomas, grandes y múltiples.

En cuanto a la localización de la región neoplásica primaria se puede generalizar que los ganglios retrofaríngeos suelen corresponder a una neoplasia de cavum. Las adenopatías submaxilares y submandibulares están en relación con la cavidad oral y las amígdalas. Las adenopatías en la región cervical superficial nos orientan hacia neoplasias laríngeas o de seno piriforme.

Las adenopatías supraclaviculares nos hacen sospechar una localización esofágica o bronquial, o son metástasis de neoplasias digestivas supra o infradiafragmáticas, pulmonares, de mama o de próstata. Las adenopatías inflamatorias pueden ser agudas o subagudas/crónicas.

Las agudas están relacionadas más frecuentemente con procesos infecciosos de vías aerodigestivas altas, en el contexto de un síndrome febril con ganglios elásticos, rodaderos y dolorosos a la palpación que pueden provocar la inmovilidad voluntaria del cuello. Habitualmente no se requiere ninguna prueba complementaria para llegar al diagnóstico y su evolución espontánea es hacia la curación en dos o tres semanas, con una hipertrofia ganglionar residual durante bastante tiempo.

Dentro de las subagudas/crónicas hay que destacar una serie de entidades:

Tuberculosis cervical: normalmente se trata de una adenopatía única, laterocervical, localizada frecuentemente a nivel del triángulo cervical posterior o en región submandibular, que puede fistulizar dejando una cicatriz característica pardusca llamada escrófula. Su diagnóstico es por cultivo de la muestra obtenida del ganglio extirpado.

Toxoplasmosis: en la forma adquirida se presentan fases de síntomas similares a los de una gripe con temperaturas subfebriles y adenopatías inflamatorias occipitales y/o submandibulares.

Sarcoidosis: Adenopatías, sobre todo, mediastínicas y supraclaviculares asociado a alteraciones oculares, de las glándulas lagrimales y salivales.

Otras: Tularemia, enfermedad por arañazo de gato, sífilis, brucelosis

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

a. Tipo de estudio:

Descriptivo retrospectivo de corte transversal.

b. Lugar y periodo de estudio:

Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera, Departamento de especialidades en el
Período del primero de Marzo 2014 al treinta y uno de marzo del 2015.

c. Universo:

Total de pacientes hospitalizados en el servicio de especialidades, durante el periodo del estudio.

d. Muestra:

Todo paciente con diagnóstico de adenopatías cervicales a estudio.

e. Criterios de Inclusión:

Paciente con diagnóstico de adenopatías cervicales de etiología desconocida o en estudio

Paciente sin patología crónica conocida

f. Criterios de exclusión:

Paciente ingresado fuera del periodo del estudio

Se excluyeron aquellos pacientes cuyo expediente clínico no apporto información necesaria para estudio de las variables

g. Variables:

Edad, sexo, procedencia

Tamaño del ganglio,

Localización Anatómica

Tiempo de evolución

Consistencia

Número de adenopatías

Síntomas y signos asociados

Resultado de biopsia

h. Fuente de información y recolección de los datos:

De tipo secundaria, los datos fueron obtenidos mediante la revisión del expediente clínico y recopilados en una ficha de recolección elaborada en base a las variables de estudio

i. Plan de tabulación y análisis de los resultados

La información una vez recolectada mediante la revisión de expedientes y llenado de ficha, se procesó en el programa SPSS versión 23, para lo cual se elaboró una base de datos a partir de allí se organizaron cuadros con frecuencias absolutas y porcentajes. Los resultados se presentan en cuadros. La redacción final del documento se realizó en el programa Word.

La presentación tabular se hizo bajo el siguiente esquema:

- a) Descripción de características sociodemográficas
 - 1. Edad
 - 2. Procedencia
 - 3. Sexo

- b) Descripción de la historia de la enfermedad
 - 1. Edad de inicio de la enfermedad
 - 2. Característica del ganglio (consistencia, numero de adenopatía)
 - 3. Tiempo de evolución de la adenopatía
 - 4. Localización del ganglio
 - 5. Enfermedad identificada

j. Operacionalización de las variables:

Variable	Concepto	Indicador	Valor/Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	años	0-2 2-4 5-10 11-14
Sexo	Son las características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos	genero	Femenino Masculino
procedencia	Lugar de origen	departamentos	Managua, Chinandega Boaco, Masaya Bluefields Bonanza, León, puerto cabezas
Localización del ganglio	Sitio anatómico del cuello donde se ubica la adenopatía	Niveles	I: submaxilares submentinianos. II. Yugular alto III. yugular medio IV. yugular inferior V. Triángulo posterior VI. compartimento central
Tamaño del ganglio	Medida en centímetros	centímetro	< 2cm > 2cm

Adenopatías Cervicales

Tiempo de evolución	Tiempo transcurrido desde su aparición hasta el momento de la atención medica	mes	< de mes 1-3 meses < de tres meses
Consistencia de adenopatía	Es el grado de dureza o blandura que ofrece un material al tacto		Blanda Duro
Manifestaciones clinicas asociada	Síntomas y signos presentes en el paciente.		Dolor esplenomegalia fiebre otra :
Estudio realizado	Exámenes realizados que colaboraron con el diagnostico	Excéresis del ganglio	Si no
Enfermedad identificada	Enfermedad identificada con la realización de estudios (Biopsia, BHC, LDH.)		Linfoma Leucemias Enfermedad granulomatosa No identificado Otro.

K. Plan de análisis

Edad/ sexo

Tipo de adenopatías/ localización

Tipo de adenopatías/ tiempo de evolución

Tipo de adenopatías/tamaño de adenopatías

Tipo de adenopatías/ número de adenopatías

Tipo de adenopatías/ consistencia

Tipo de adenopatías/síntomas -signos asociados

Tipo de adenopatías/ química sanguínea

Localización de adenopatías /tipo de adenopatía

Tipo de adenopatías/ Reporte BHC

Tipo de adenopatías/ Reporte LDH

Incidencia: Es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada
Expuesta a riesgo.

Formula tasa de incidencia

Tasa de incidencia: $\frac{\text{Número de casos nuevos}}{\text{Número de población en riesgo}} \times 100$

VIII. RESULTADOS

Con relación al rango de edades de los pacientes incluidos en el estudio entre 0-2 años fueron 8 pacientes equivalente al 13.1%, entre 2-4 años fueron 12 pacientes (19.7%), en el grupo de 5-10 años fueron 26 pacientes que corresponde a 42.6 % y entre 11-14 años se incluyeron 15 constituyendo un 24.6%.(tabla no.1)

Con respecto al sexo en un 45.9% eran femenino y un 54.1% eran masculinos.

El 82% de los pacientes eran procedentes de Managua, 1.6% Chinandega, 4.9% de Boaco, 1.6% Bluefields, 3.3% Masaya, León 1.6%, puerto cabezas 1.6% igual que bonanza. %.(tabla no.4)

La incidencia anual de los casos de pacientes con adenopatías es de 5.2 % del total de la población expuesta.

Nos encontramos que en relación a las adenopatías y su localización las de orígenes benignos predominaron las adenopatías submentonianas y submaxilares en el 50.8%, seguidas en un 24.5% las localizadas en el segundo nivel del cuello: yugular alto, afectándose también las del IV nivel ganglionar en un 6.5%.

En relación a las adenopatías con características malignas predominaron las adenopatías submentonianas y submaxilares en el 1.6%, seguidas en un 3.2% las localizadas en el segundo nivel del cuello: yugular alto, afectándose también las del IV nivel ganglionar en un 3.2%. (Tabla no.7)

Con respecto al tamaño de la adenopatía en 23 casos (37.7%) se palparon menor a 2 centímetros y en 38 casos (62.3%) eran mayor de 2 centímetros. %.(tabla no.8)

En cuanto al tamaño las adenopatías benignas 23 casos (37.7%) fueron menor a 2 centímetros y 33 casos (54%) fueron mayor a 2 cm centímetros palpable y las de origen maligno el total de ellas equivalente a 5 casos (8.1%) fueron mayor a 2 cm. (Tabla no.9)

Con el tiempo de evolución se encontró que en un mayor porcentaje de 63.9% (39 pacientes) su presentación era menor a un mes de evolución, un 31.1% (19 pacientes) entre un mes a tres meses y solamente 4.9% (3 pacientes) la adenopatía cervical tenía tres meses de evolución. (Tabla no.10)

En relación al tiempo de evolución las adenopatías cervicales benignas en un 63.9% su tiempo de evolución fue menor a un mes, y entre uno a tres meses un 27.8%. De las de origen maligno 3.2% presentaron un tiempo entre dos a tres meses y un 4.9% fue mayor a 3 meses. (Tabla no. 11)

En relación al número de adenopatías en las malignas eran mayor tres o más adenopatías palpables y las benignas tenían una distribución del número de adenopatías 1 (1.6%), 2 (19.7%), 3 (31.1%), más de tres 47.5%. (Tabla no.12)

En cuanto al número de adenopatías en un 47.5% (29 pacientes) presentaban adenopatías palpables en más de tres ganglios, seguido de tres y dos adenopatías en un 31.1% (19 pacientes) y un 19. % (12 pacientes) respectivamente. %.(tabla no.12)

Respecto a la consistencia las adenopatías benignas un 85.2% eran de consistencia blanda y 6.5% de consistencia sólida y del 8.1% de las malignas un 1.6% era de consistencia blanda y un 6.5% de consistencia sólida. (Tabla no.14)

En los síntomas asociados encontramos que un 36.1% presentaba dolor, un 39.3% estaba asociado a fiebre, un 1.6% esplenomegalia, pérdida de peso en un 3.3% y un 19.7% estaban asociados más de un síntomas como fiebre, pérdida de peso y dolor abdominal. %.(tabla no.16)

Dentro de los síntomas asociados en las adenopatías malignas del total identificado (8.1%) un 6.5% presentaban más de un síntomas y de las benignas el síntoma que más predominó fue la fiebre 24 pacientes (39.3%), seguido del dolor en 21 pacientes 34.4%.(tabla no.17)

Del 100% de pacientes estudiados (61 pacientes) se le realizo excéresis del ganglio para estudio histopatológico a 19 pacientes correspondiente a 31.1% y de este porcentaje a 12 pacientes el resultado fue de origen benigno reportando como hiperplasias linfoides mixtas, abscesos, enfermedades granulomatosas constituyendo un 19.7% y de origen maligno 4 pacientes reflejando un 6.6%.%(tabla no.18)

En relación al tipo de adenopatía en 5 pacientes (8.2%) presentaron reporte histopatológico de malignidad y en 56 pacientes (91.8%), eran encontradas benignas. (Tabla no.19)

En relación a los exámenes de laboratorio del total de adenopatías malignas 3.2% presento leucopenia, un 1.6% leucocitosis, y 3.2% eran biometría hemática normal, en cambio las benignas en un 47.5% eran BHC normales, un 42.6% presentaron leucocitosis. (Tabla no.21)

Dentro de los exámenes revisados en un 50.8% del total de casos presentaban biometría hemática completa en rango normal, un 44.3% con leucocitosis y un 4.9% con leucopenia y en relación a LDH solamente se le realizo a 18 pacientes (19.5%) de los cuales en 10 pacientes (16.4%) era reportada en rangos normales y en 8 pacientes (13.1%) se encontraba elevada.(Tabla no.22)

LDH en la adenopatías malignas estaba elevada en el total delos casos (5) y en el 21.2% (13 casos) de las benignas a las cuales se les realizo un 4.9% era elevada, el restante era normal. (Tabla no.23)

Encontrando como principal patología la tuberculosis y linfomas en un mismo porcentaje 4 casos (6.6%), enfermedad por arañazo de gato 3 casos 4.9%, y en 33 casos no se logró identificar la causa de la adenopatía cervical, y en 17 casos (27.9%) se lograron identificar otras causas benignas las cuales detallaremos; caries dentales 6 pacientes, 2 abscesos, 1 quiste branquial y uno sebáceo, un hematoma del musculo esternocleidomastoideo, una calcificación pulmonar de vascular y 5 casos reportados como hiperplasia linfoide mixta. %(tabla no.26)

En cuanto a que si presentaban otra adenopatía en otra localización en un 3.3% se encontraron adenopatías axilares, en un 6.6% a nivel inguinal, en un 27.9% eran de localización a nivel mesentérico y un 59% no presentaron adenopatías.

De las adenopatías malignas se lograron identificar cuatros (6.5%) linfomas de Hodgkin y 1.6% un caso de neurofibromatosis.

IX. ANALISIS

Tal como se ha descrito en la literatura las características y evolución clínica de las adenopatías presentes en los procesos malignos, son similares a los encontrados en nuestra población a estudio al comparar las adenopatías cervicales que presentaban un origen benigno y las de origen maligno, que son las que más nos preocupan.

Las adenopatías cervicales como una causa frecuente de motivo de consulta en nuestro hospital constituye un 5.2% (81 pacientes de un total de 1533 ingresos) del total de pacientes ingresados al servicio de especialidades, tal como se describe en países en desarrollo alcanza en general como adenopatías un 18-20% como causa de consulta.

No hay diferencia significativa en relación al sexo y el predominio de las adenopatías cervicales, afecta tanto a mujeres como varones, y el mayor grupo etario afectado comprendían edades entre 5 a 10 años.

Las características encontradas en las adenopatías cervicales de origen maligno se encontró que casi el total de las adenopatías se localizaban con predominio en el II Y IV nivel del cuello, la mayoría eran mayor a tres meses de evolución y de tamaño en el total de los casos mayor a 2 cm palpable, y presentaban conglomerado de ganglio asociándose a otro sitio anatómico con más adenopatía predominando las de localización a nivel del mesenterio, las mismas de consistencia sólida, identificando como primer lugar de patología maligna el linfoma de Hodgkin, Seguido de neurofibromatosis, lo cual concuerda con la literatura internacional, como se describe en el estudio de Amr E, Talmi M.

Las adenopatías cervicales de origen benignas que incluyen un buen porcentaje la localización era en el nivel I del cuello (submentonianas y submaxilares), más de la mitad de los casos eran de evolución menor a un mes, ganglio palpable mayor de 2 cm, presentando otro sitio anatómico con más adenopatías con mayor frecuencia a nivel de mesenterio, y su mayoría de consistencia blanda.

La evolución de las adenopatías benignas de nuestra población es similar a las descritas en la literatura.

En la etiología de la adenopatía benigna, no se logró identificar una causa específica, estableciéndose para algunos casos, diagnóstico clínico de enfermedad infecciosa identificada tales como; tuberculosis, enfermedad por arañazo de gato, caries dentales, abscesos, no habiendo mucha diferencia en estudios realizados internacionalmente.

No a todas las adenopatías se les realizó estudio histopatológico debido a su evolución clínica satisfactoria con el tratamiento médico.

Logramos observar que el reporte de biometría hemática completa en los pacientes con adenopatías malignas presentaba leucocitos normales o con leucopenia, a diferencia de las adenopatías benignas los leucocitos eran normales.

La deshidrogenasa láctica mayor a 200 mg/dl en todos los casos de adenopatía malignas y en las benignas era normal en los casos en los cuales se realizó.

X. CONCLUSIONES

En el estudio presente sobre las adenopatías cervicales logramos identificar que esta entidad corresponde al 5.2% del total de ingresos anualmente en el servicio de especialidades, los cuales en relación al sexo predominaron el masculino y que estaba representado por el grupo etario de 5-10 años.

En relación al tipo de adenopatías las de origen benignos en su mayoría tenían una duración menor a un mes, de consistencia blanda y que los síntomas que más predominaron fue el dolor y fiebre, en más de la mitad de los pacientes no se identificó una causa de la adenitis.

En la adenopatía de origen maligno generalmente tenían una evolución mayor a 3 meses, un tamaño de adenopatía palpable mayor a 2 cm y síntomas asociados como fiebre, pérdida de peso, dolor abdominal, al igual que la asociación con otras adenopatías en otro sitio anatómico, predominando las adenitis mesentéricas en cuatro casos del total de adenopatías malignas.

En relación a la Excéresis del ganglio no se le realizo todo el grupo en estudio y que dentro de los diagnósticos histopatológicos se encontró el linfoma Hodgkin, lográndose identificar otras patologías como tuberculosis, enfermedad por arañazo de gato.

Reporte de biometría hemática completa en las adenopatías cervicales malignas presentaban leucopenia o leucocitos normales, y deshidrogenasa láctica elevada por encima de 200mg/dl.

XI. RECOMENDACIONES

- ✓ Promover en el personal de salud, una descripción adecuada del examen físico, detallando las características más específicas de las adenopatías.
- ✓ Establecer desde su ingreso al hospital los criterios clínicos que nos hagan sospechar una adenopatía de origen maligno, asegurando así un diagnóstico temprano.
- ✓ Dar a conocer este estudio al personal de salud que atiende a los pacientes con adenopatías cervicales.
- ✓ Realizar nuevos estudios que nos ayuden fortalecer los datos encontrados.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Álvarez, Francisco y Cols. Adenopatías en pediatría, artículo pediátrico, Argentina: 2007. 105 (4) 342-350.
2. Barquero Artiago, F. Protocolo diagnóstico y tratamiento. Adenitis Cervical. 3era. Edición. Madrid. Ergon, 2011.
3. Friedman A. Evaluación y tratamiento de la adenomegalia en niños. *Pediatr Review*: 2008, 29 (7). 266-273.
4. García Aguado, J. Estudio del paciente con adenopatías periféricas. 7mo. curso de actualización. Villablanca, Madrid, 2010.
5. Grossman, M. Shiramizu B. Evaluation of lymphadenopathy in children. *Curr opin pediatric*. 1994; 68-67
6. Hernández, Roberto. Metodología de la investigación. Quinta edición. México: Mc Graw- Hill interamericana, 2010.
7. Nelson, W, E. Tratado de pediatría. 17 edición. México, Elsevier : 1677-1678
8. Normas de atención – 08. Adenomegalias. Hospital Sbarra. La plata, mayo, 2004
9. Olivas, Francisco. Etiología más frecuente de adenopatía periférica en los pacientes ingresados en el hospital Manuel de Jesús Rivera. Managua, Nicaragua, marzo 2013.
10. Pérez M, Guimarro, M. Estudio de las adenopatías cervicales y de los factores predictores de malignidad. No.26. Cantabria, *Revista la SEMG*, marzo 2004: 150-156.

11. Pizarro, S. Adenopatías localizadas y generalizadas. Guía de actuación en atención primaria, Barcelona: SEMFYC, 1998.p 19-22.
12. Ríos, E. Adenopatías en el niño. Bogotá: panamericana.1998:1765-1769.
13. Vargas Vallejos M, y cols. Factores clínicos predictores de malignidad en la biopsia de ganglio cervical en pediatría. Hospital del niño Nieto padrón, Villahermosa, Tabasco. Rev.med.inst.mex.seguro.soc 2007; 45 (4) 389-394.

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Datos generales

Nombre _____ Expediente _____
Edad _____ Sexo _____
Domicilio _____
APF _____ APP _____

+ Adenopatías

Localización anatómica: Nivel _____
Tamaño <2 cm----- >2 cm-----
Duración: < 1 mes----- > 1 - 3 meses----- > de 3 meses
Consistencia: blando----- solido-----
Numero de adenopatías 1----- 2----- 3----- > 3-----

+ Síntomas y signos asociados

Dolor ----- Fiebre ----- Esplenomegalia -----
Hepatomegalia ----- Pérdida de peso ----- Otros -----

+ Estudios realizados

BHC normal----- leucopenia ----- leucocitosis -----
LDH normal----- alterada ----- no se realizo-----
Excéresis del ganglio si----- no-----
Reporte de biopsia: -----

+ Enfermedad identificada : -----

Tabla. No.1 Distribución de frecuencias y porcentaje según grupos etario de los pacientes con diagnósticos de adenopatía cervical benignas y malignas durante el periodo comprendido de marzo 2014 a marzo 2015.

Rango de edades	Frecuencia	Porcentaje
0-2 años	8	13.1
2-4 años	12	19.7
5-10 años	26	42.6
11-14 años	15	24.6
Total	61	100.0

Fuente de información: Ficha de recolección de datos

Tabla. No.2 Distribución de frecuencias y porcentaje según sexo de los pacientes con diagnóstico de adenopatía cervical benignos y malignas durante el periodo comprendido de marzo 2014 a marzo 2015.

sexo	Frecuencia	Porcentaje
femenino	28	45.9
masculino	33	54.1
Total	61	100.0

Fuente de información: Ficha de recolección de datos

Tabla no.3 Distribución de frecuencias y porcentaje de edad vrs sexo, encontrado en los pacientes con diagnóstico de adenopatías cervicales durante el periodo comprendido de marzo 2014 a marzo 2015.

Rango de edades	sexo del paciente		Total
	femenino	masculino	
0-2	5(8.1%)	3(4.9%)	8
2-4	7(11.4%)	5(8.1%)	12
5-10	12(19.6%)	14(22.9%)	26
11-14	4(6.5%)	11(18%)	15
Total	28(45.9%)	33(54.1%)	61

Fuente de información: Ficha de recolección de datos

Tabla no. 4 Distribución de frecuencias y porcentaje según procedencia de los pacientes con adenopatías cervicales durante el periodo comprendido de marzo 2014 a marzo 2015.

procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Managua	50	82.0
Chinandega	1	1.6
Boaco	3	4.9
Bluefields	1	1.6
Masaya	2	3.3
Bonanza	2	3.3
León	1	1.6
Puerto Cabeza	1	1.6
Total	61	100.0

Fuente de información: Ficha de recolección de datos

Tabla no.5 Distribución de frecuencias y porcentaje del tipo de adenopatía encontradas en los pacientes con diagnóstico de adenopatías cervicales durante el periodo comprendido de marzo 2014 a marzo 2015.

Tipo	Frecuencia	Porcentaje
Benigna	56	91.8
maligna	5	8.2
Total	61	100.0

Fuente de información. Ficha de recolección de datos

Tabla. No.6 Distribución de frecuencias y porcentaje según localización de las adenopatías cervicales durante el periodo comprendido de marzo 2014 a marzo 2015.

Localización anatómica	Frecuencia	Porcentaje
Submentinianos, submaxilar	32	52.5%
yugular alto	17	27.9%
yugular inferior	5	8.2%
no se realizó U/S	7	11.5%
Total	61	100.0%

Fuente de información: Ficha de recolección de datos

Tabla no. 7 Distribución de frecuencia y porcentaje del tipo de adenopatías Vrs localización de las adenopatías cervicales encontradas durante el periodo comprendido de marzo 2014 a marzo 2015.

localización	Adenopatía		Total
	benigna	maligna	
submentonianos y submaxilar	31(50.8%)	1(1.6%)	32(52.4%)
yugular alto	15(24.5%)	2(3.2%)	17(27.8%)
yugular inferior	4(6.5%)	2(3.2%)	6(9.8%)
no se realizó U/S	6(9.8%)	0(0%)	6(9.8%)
Total	56(91.8%)	5(8.1%)	61(100%)

Fuente de información: Ficha de recolección de los datos

Tabla. No.8 Distribución de frecuencias y porcentaje según tamaño de las adenopatías cervicales durante el periodo comprendido de marzo 2014 a marzo 2015.

tamaño	Frecuencia	Porcentaje
< 2 cm	23	37.7%
> 2cm	38	62.3%
Total	61	100.0

Fuente de información: ficha de recolección de datos

Tabla no.9 Distribución de frecuencias y porcentaje del tipo de adenopatías vrs tamaño de adenopatías encontrado en los pacientes con diagnóstico de adenopatías cervicales durante el periodo comprendido de marzo 2014 a marzo 2015.

adenopatía	tamaño de adenopatías		Total
	< 2 cm	> 2 cm	
benigna	23(37.7%)	33(54%)	56
maligna	0 (0%)	5(8.1%)	5
Total	23 (37.7%)	38 (62.2%)	61

Fuente de información: ficha de recolección de datos.

Tabla. No.10 Distribución de frecuencias y porcentaje según tiempo de evolución de las adenopatías cervicales durante el periodo comprendido de marzo 2014 a marzo 2015.

Evolución	Frecuencia	Porcentaje
< de 1 mes	39	63.9
1- 3 meses	19	31.1
mayor de 3meses	3	4.9
Total	61	100.0

Fuente de información: ficha de recolección de datos

Tabla no.11 Distribución de frecuencias y porcentaje del tipo de adenopatía vrs tiempo de evolución, encontrado en los pacientes con adenopatías cervicales durante el periodo comprendido de marzo 2014 a marzo 2015.

Adenopatía	tiempo de evolución			Total
	< de 1 mes	1- 3 meses	mayor de 3meses	
benigna	39(63.9%)	17(27.8%)	0(0%)	56
maligna	0(0%)	2(3.2%)	3 (4.9%)	5
Total	39 (63.9%)	19(31.1%)	3(4.9%)	61

Fuente de información: Ficha de recolección de datos

Tabla. No.12 Distribución de frecuencias y porcentaje según cantidad de adenopatías palpables de las adenopatías cervicales durante el periodo comprendido de marzo 2014 a marzo 2015.

Número	Frecuencia	Porcentaje
1	1	1.6
2	12	19.7
3	19	31.1
> de tres	29	47.5
Total	61	100.0

Fuente de información: Ficha de recolección de datos

Tabla no.13 Distribución de frecuencias y porcentaje del tipo de adenopatías vrs numero de adenopatías, encontrado en los pacientes con diagnóstico de adenopatías cervicales durante el periodo comprendido de marzo 2014 a marzo 2015.

Adenopatías	número de adenopatías				Total
	1	2	3	> de tres	
benigna	1(1.6%)	12(19.6%)	18(29.5%)	25(40.9%)	56
maligna	0(0%)	0(0%)	1(1.6%)	4(6.5%)	5
Total	1(1.6%)	12(19.6%)	19 (31.1%)	29 (47.4%)	61

Fuente de información: Ficha de recolección de datos

Tabla no.14 Distribución de frecuencias y porcentaje según consistencia de las adenopatía encontradas en los pacientes con diagnóstico de adenopatías cervicales durante el periodo comprendido de marzo 2014 a marzo 2015.

consistencia	Frecuencia	Porcentaje
blando	53	86.9
duro	8	13.1
Total	61	100.0

Fuente de información: Ficha de recolección de datos

Tabla no.15 Distribución de frecuencias y porcentaje del tipo de adenopatías vrs consistencia de las adenopatías cervicales durante el periodo comprendido de marzo 2014 a marzo 2015.

adenopatía	consistencia		Total
	blando	duro	
benigna	52(85%)	4(6.5%)	56
maligna	1(1.6%)	4(6.5%)	5
Total	53(86.8%)	8(13%)	61

Fuente de información: Ficha de recolección de datos

Tabla. No.16 Distribución de frecuencias y porcentaje según sintomatología asociada de las adenopatías cervicales durante el periodo comprendido de marzo 2014 a marzo 2015.

síntomas	Frecuencia	Porcentaje
dolor	22	36.1
fiebre	24	39.3
esplenomegalia	1	1.6
pérdida de peso	2	3.3
más de un síntoma	12	19.7
Total	61	100.0

Fuente de información: Ficha de recolección de datos

Tabla no.17 Distribución de frecuencia y porcentaje del tipo de adenopatía vrs. síntomas asociados a las adenopatías cervicales durante el periodo comprendido de marzo 2014 a marzo 2015.

adenopatía	síntomas asociados					Total
	dolor	fiebre	esplenomegalia	pérdida de peso	más de un síntoma	
benigna	21(34.4%)	24(39.3%)	1(1.6%)	2(3.2%)	8(13.1%)	56
maligna	1(1.6%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	4(6.5%)	5
Total	22(36%)	24(39.3%)	1(1.6%)	2(3.2%)	12(19.6%)	61

Fuente de información. Ficha de recolección de datos

Tabla. No.18 Distribución de frecuencias y porcentaje de realización de excéresis del ganglio de las adenopatías cervicales durante el periodo comprendido de marzo 2014 a marzo 2015.

Excéresis	Frecuencia	Porcentaje
si	19	31.1
no	42	68.9
Total	61	100.0

Fuente de información: Ficha de recolección de datos

Tabla. No.19 Distribución de frecuencias y porcentaje según reporte de biopsia de las adenopatías cervicales durante el periodo comprendido de marzo 2014 a marzo 2015.

resultado	Frecuencia	Porcentaje
benigno	12	19.7
maligno	4	6.6
no se realizo	45	73.8
Total	61	100.0

Fuente de información: Ficha de recolección de datos

Tabla no.20 Distribución de frecuencias y porcentaje según el resultado de biometría hemática completa realizada a los pacientes con diagnóstico de adenopatías cervicales durante el periodo comprendido de marzo 2014 a marzo 2015.

BHC	Frecuencia	Porcentaje
normal	31	50.8
leucocitosis	27	44.3
leucopenia	3	4.9
Total	61	100.0

Fuente de información: Ficha de recolección de datos

Tabla no. 21 Distribución de frecuencias y porcentaje del tipo de adenopatías vs resultado de biometría hemática completa realizada, a los pacientes con diagnóstico de adenopatías cervicales durante el periodo comprendido de marzo 2014 a marzo 2015.

adenopatía	Resultado De BHC			Total
	normal	leucocitosis	leucopenia	
benigna	29 (47.5%)	26(42.6%)	1(1.6%)	56
maligna	2(3.2%)	1(1.6%)	2(3.2%)	5
Total	31(50.8%)	27(44.2%)	3(4.9%)	61

Fuente de información: Ficha de recolección de datos

Tabla no. 22 Distribución de frecuencias y porcentaje según el resultado de deshidrogenasa láctica realizada a los pacientes con diagnóstico de adenopatías cervicales durante el periodo comprendido de marzo 2014 a marzo 2015.

Resultado LDH	Frecuencia	Porcentaje
Normal <200	10	16.4
Alterada >200	8	13.1
no realizada	43	70.5
Total	61	100.0

Fuente de información: Ficha de recolección de datos

Tabla no.23 Distribución de frecuencias y porcentaje del tipo de adenopatías vrs resultado de LDH, encontrado en los pacientes con diagnóstico de adenopatías cervicales durante el periodo comprendido de marzo 2014 a marzo 2015.

adenopatía	LDH			Total
	<200	>200	no realizada	
benigna	10(16.3%)	3(4.9%)	43(70.4%)	56
maligna	0(0%)	5(8.1%)	0(0%)	5
Total	10(16.3%)	8(13%)	43 (70.4%)	61

Fuente de información: Ficha de recolección de datos

Tabla no. 24 Distribución de frecuencias y porcentaje de adenopatías en otra localización, encontrado en los pacientes con diagnóstico de adenopatías cervicales durante el periodo comprendido de marzo 2014 a marzo 2015.

.

Localización	Frecuencia	Porcentaje
axilar	2	3.3
inguinal	4	6.6
mesentérica	17	27.9
No reflejado	36	59.0
más de una localización	2	3.3
Total	61	100.0

Fuente de información: Ficha de recolección de dato

Tabla no.25 Distribución de frecuencias y porcentaje de adenopatías en otras localizaciones vrs el tipo de adenopatías, encontrado en los pacientes con diagnóstico de adenopatías cervicales durante el periodo comprendido de marzo 2014 a marzo 2015.

adenopatías	adenopatía		Total
	benigna	maligna	
axilar	2 (3.2%)	0(0%)	2
inguinal	4(6.5%)	0(0%)	4
mesentérica	13(21.3%)	4(6.5%)	17
ninguna	36(59%)	0(0%)	36
más de una localización	1(1.6%)	1(1.6%)	2
Total	56(91.8%)	5(8.1%)	61

Fuente de información: Ficha de recolección de datos

Tabla. No.26 Distribución de frecuencias y porcentaje de las patologías identificadas en las adenopatías cervicales durante el periodo comprendido de marzo 2014 a marzo 2015.

patología	Frecuencia	Porcentaje
Tuberculosis	4	6.6
linfomas	4	6.6
enfermedad por arañazo de gato	3	4.9
no identificado	33	54.1
otro	17	27.9
Total	61	100.0

Fuente de información: Ficha de recolección de datos

Tabla. No.27 Distribución de porcentaje adenopatías cervicales que presentaron conglomerado de ganglios, durante el periodo comprendido de marzo 2014 a marzo 2015.

Adenopatías cervical	Conglomerado de ganglio
Benignas	25 (40.9%)
Malignas	4 (6.5%)
total	29 (47.4%)

Fuente de información: Ficha de recolección de datos

Formula tasa de incidencia

Tasa de incidencia: $\frac{\text{Número de casos nuevos}}{\text{Número de población en riesgo}} \times 100$

Tasa de incidencia: $\frac{61}{81} \times 100 = 5.2\%$ incidencia anual de los casos de pacientes con adenopatías.