



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Facultad de Medicina

**Enfoque del paciente con adenopatías
Approach to the patient with
lymphadenopathy**

**Perlas
Clínicas**

en Medicina





**Enfoque del paciente con adenopatías
Approach to the patient with lymphadenopathy.**

Jessenia Agudelo Mesa

Estudiante de Medicina, miembro del Grupo de Interés en Medicina Interna,
Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

Ana María Acosta Tirado

Estudiante de Medicina, miembro del Grupo de Interés en Medicina Interna,
Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

DOI: <https://doi.org/10.59473/medudea.pc.2023.46>

¿Qué es importante repasar antes de leer este capítulo?

- Anatomía y fisiología básica del sistema linfático.
- Inmunidad innata e inmunidad adaptativa.
- Generalidades sobre las neoplasias.

Los objetivos de este capítulo serán:

- Identificar las principales causas de adenopatías.
- Caracterizar adecuadamente las adenopatías.
- Reconocer hallazgos clínicos acompañantes que permiten orientar el diagnóstico en los pacientes con adenopatías.
- Definir la importancia de los exámenes de laboratorio e imágenes en el enfoque de estos pacientes

Palabras clave: Sistema Linfático, Linfadenopatía, Ganglios Linfáticos.

Keywords: Lymphatic System, Lymphadenopathy, Lymph Nodes.

Cómo citar este artículo: Agudelo J, Acosta AM. Enfoque del paciente con adenopatías. [Internet]. Medellín: Perlas Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia; 2022 [acceso día de mes de año]. DOI:

<https://doi.org/10.59473/medudea.pc.2023.46>





1. VIÑETA CLÍNICA

Paciente femenina de 20 años, habitante de calle, sin antecedentes personales ni familiares de interés. Consulta porque desde hace 2 meses presenta adenopatías cervicales que han ido aumentando de tamaño y que en los últimos días se han hecho dolorosas, acompañadas de fiebre vespertina no cuantificada, odinofagia, tos, dolor abdominal y malestar general.

Al examen físico se encuentra a la paciente hemodinámicamente estable, con eritema de mucosa faríngea, amígdalas hipertróficas y se palpan adenopatías laterocervicales derechas e izquierdas de 2x2 cm, dolorosas a la palpación, elásticas y no adheridas a planos profundos, además se encuentran microadenopatías bilaterales inguinales móviles, de iguales características.

Definiciones

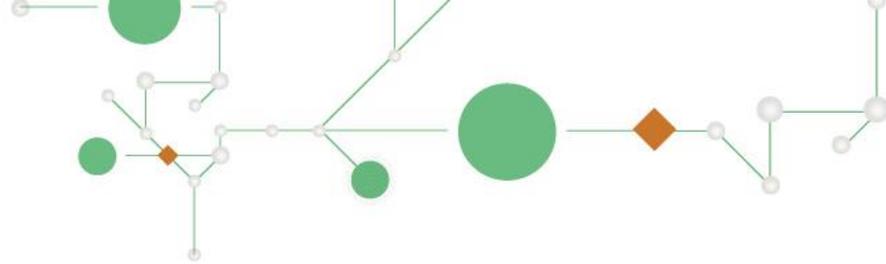
¿Qué son los ganglios linfáticos?

Los ganglios linfáticos son pequeños agregados nodulares de tejido rico en linfocitos que se distribuyen a lo largo de los conductos linfáticos, encargados en conjunto con el bazo, las adenoides, las placas de Peyer y el triángulo de Waldeyer de filtrar la linfa, secretar anticuerpos y depurar antígenos del líquido extracelular producto de la reacción inflamatoria producida por procesos patológicos en los tejidos. Hay alrededor de 600 a 800 ganglios linfáticos en todo el cuerpo humano, pero solo una cuarta parte de ellos (ubicados en las regiones submandibulares, axilares y femorales) pueden ser palpados en personas sanas.

¿Cuándo se considera que un ganglio linfático es patológico?

Los ganglios linfáticos se consideran patológicos cuando miden más de 1 cm de diámetro (adenopatías), sin embargo, hay excepciones en algunas regiones anatómicas: los ganglios inguinales, intratorácicos, intraabdominales y





yugulodigástricos se consideran anormales cuando tienen un tamaño mayor a 1,5 cm, los ganglios epitrocleares y los retrocraurales se consideran patológicos cuando miden más de 0,5 cm y de 0,6 cm, respectivamente, y los ganglios supraclaviculares, poplíteos e ilíacos se consideran anormales si son palpables.

¿Por qué se produce la linfadenopatía?

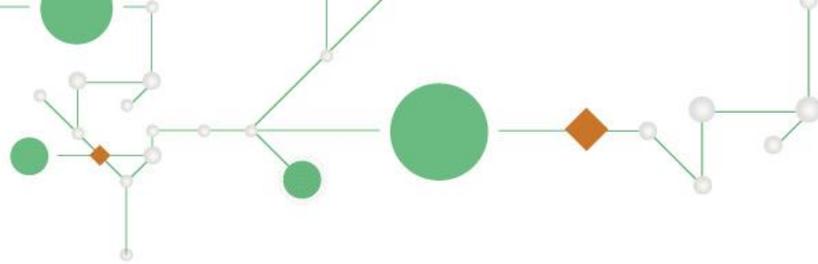
Los ganglios pueden aumentar de tamaño por los siguientes cuatro mecanismos,

Tabla 1.

Tabla 1. Mecanismos de linfadenopatía

Mecanismos de linfadenopatía
1. Aumento del tamaño y número de folículos de los ganglios linfáticos con expansión de estos. Puede ser por: <ul style="list-style-type: none">▪ Proliferación monoclonal (debido a la transformación maligna de una célula linfoide).▪ Proliferación de linfocitos policlonales (hiperplasia linfoide reactiva, debido a una reacción a los antígenos).
2. Infiltración por células no linfoides. Por ejemplo: <ul style="list-style-type: none">▪ Reacción inflamatoria por neutrófilos en linfadenitis.▪ Diseminación metastásica de células cancerosas desde un sitio primario de neoplasia.
3. Edema de los ganglios linfáticos por procesos sistémicos que causan liberación de citocinas.
4. Depósito de sustancias que más tarde los macrófagos fagocitan.





¿Cómo se clasifican las linfadenopatías? Figura 1.

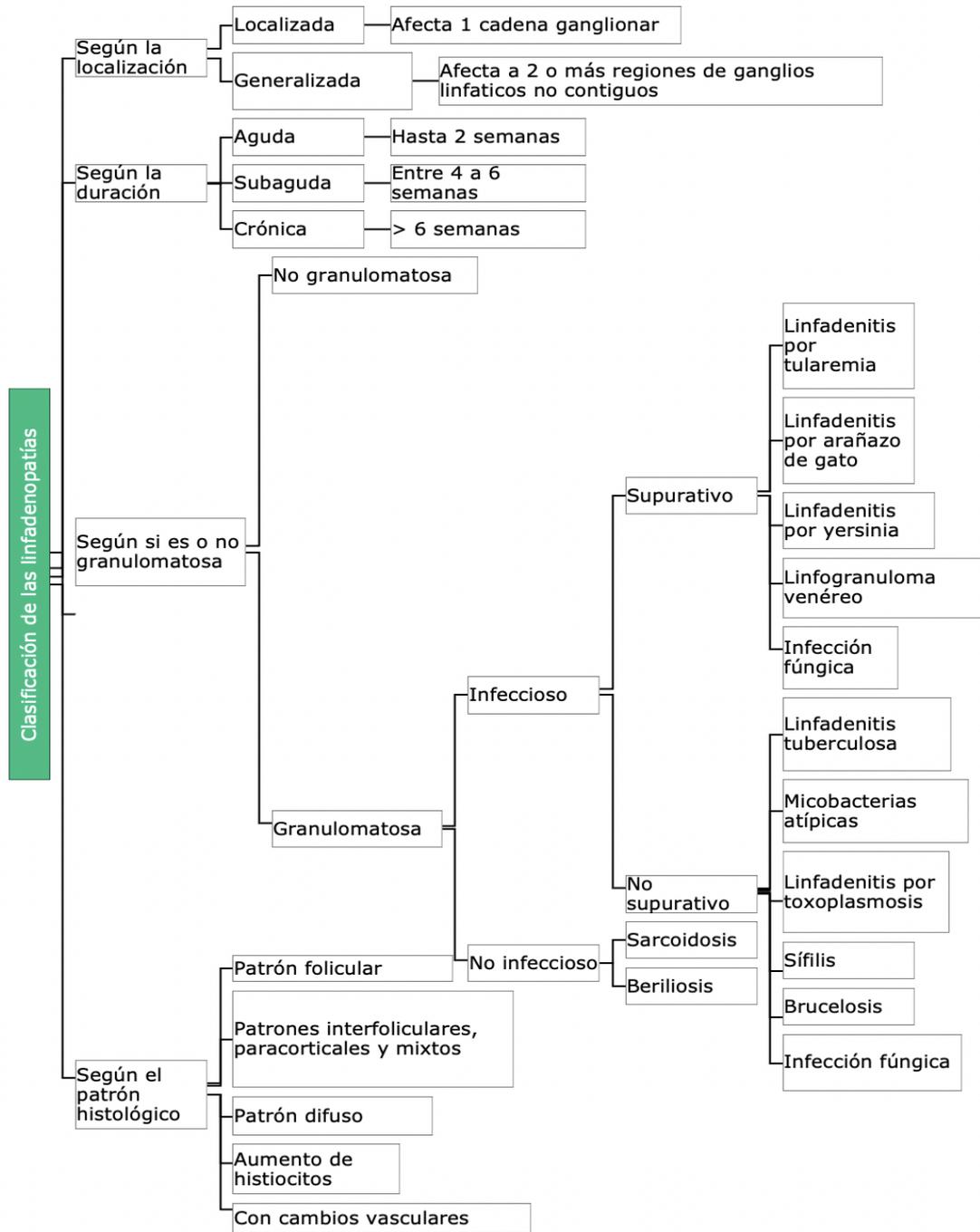
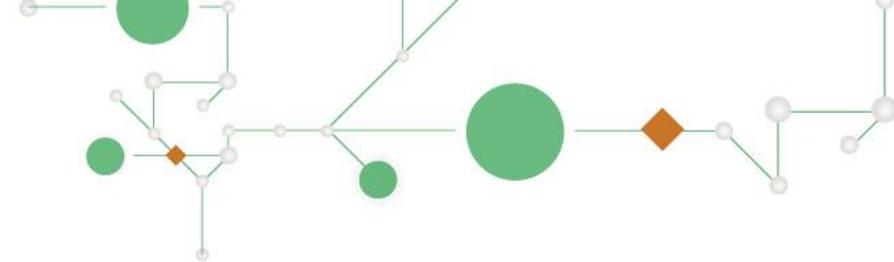


Figura 1. Clasificación de las linfadenopatías.



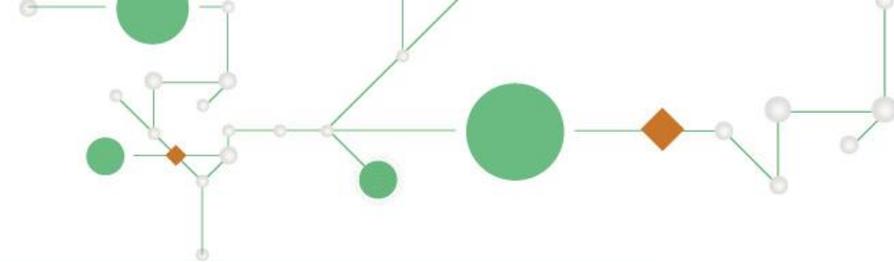


¿Cuáles son las principales etiologías relacionadas con la linfadenopatía?

Las linfadenopatías pueden ser causadas por una amplia gama de enfermedades y medicamentos. La mnemotecnica CHICAGO (*en inglés*) recoge las principales posibilidades diagnósticas. **Tabla 2.**

Tabla 2. Causas de adenopatías

Mnemotecnica para etiologías de adenopatías		
C	<i>Cancer/Cáncer</i>	<ul style="list-style-type: none">▪ Linfoma de Hodgkin▪ Linfoma no Hodgkin▪ Leucemia▪ Macroglobulinemia de Waldenström▪ Metastásico: tumores de cabeza y cuello, mama, pulmón, riñón, otros
H	<i>Hipersensitivity syndrome/síndrome de hipersensibilidad</i>	<ul style="list-style-type: none">▪ Enfermedad del suero▪ Medicamentos
I	<i>Infections/Infecciones</i>	<ul style="list-style-type: none">▪ Virales: virus de Epstein-Barr, citomegalovirus, VIH, dengue virus, virus linfotrópico de células T humanas tipo 1▪ Bacterianas: tuberculosis, brucelosis, sífilis, Rickettsia, enfermedad de Lyme▪ Parásitos: toxoplasmosis, leishmaniosis, enfermedad de Chagas, tripanosomiasis africana▪ Hongos: coccidioidomicosis, criptococcus, histoplasmosis▪ Infecciones en la piel: infecciones cutáneas por <i>Staphylococcus</i> o <i>Streptococcus</i>,▪



	<ul style="list-style-type: none">▪ esporotricosis, tiña capitis, Pediculosis capitis, virus de la varicela zoster, lepra▪ Enfermedades de transmisión sexual: linfogranuloma venéreo, granuloma inguinal, chancroide, virus del herpes simplex▪ Infecciones del tracto respiratorio: mononucleosis, influenza, rubella, faringitis, amigdalitis, otitis media aguda o impétigo, tos ferina
C <i>Connective tissue disorder/enfermedad del tejido conectivo</i>	<ul style="list-style-type: none">▪ Lupus eritematoso sistémico▪ Artritis reumatoide▪ Dermatomiositis▪ Enfermedad de Still del adulto
A <i>Atypical lymphoproliferative disorders/Trastornos linfoproliferativos atípicos</i>	<ul style="list-style-type: none">▪ Enfermedad de Castleman▪ Granulomatosis con poliangeítis sin eosinofilia
G <i>Granulomatous/enfermedad granulomatosa</i>	<ul style="list-style-type: none">▪ Histoplasmosis▪ Infección por micobacterias▪ Criptococosis▪ Sarcoidosis▪ Enfermedad por arañazo de gato▪ Silicosis
O <i>Others/otras</i>	

Entre los medicamentos asociados con el síndrome de hipersensibilidad inducida por fármacos se incluyen, **Tabla 3.**



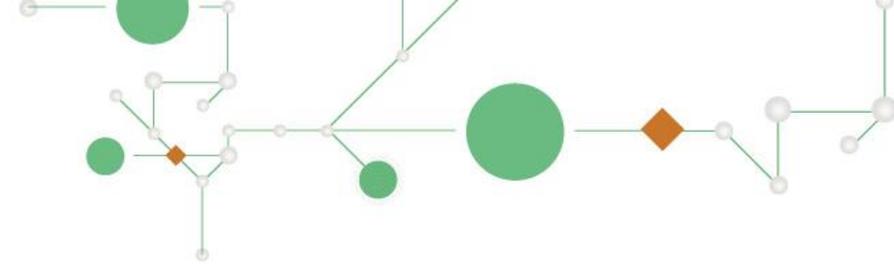


Tabla 3. Medicamentos relacionados con el síndrome de hipersensibilidad por fármacos

Medicamentos asociados con el síndrome de hipersensibilidad inducida por fármacos
<ul style="list-style-type: none">Antiepilépticos:<ul style="list-style-type: none">FenitoínaCarbamazepinaFenobarbitalPrimidonaLamotriginaGabapentinaEtosuximida
<ul style="list-style-type: none">Antibióticos:<ul style="list-style-type: none">MinociclinaBetalactámicos, como penicilinasMedicamentos que contienen sulfa como trimetoprim / sulfametoxazol (cotrimoxazol) y dapsona
<ul style="list-style-type: none">Antivirales, como abacavir y nevirapina
<ul style="list-style-type: none">Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos como indometacina y sulindac
<ul style="list-style-type: none">Pirimetamina
<ul style="list-style-type: none">Alopurinol
<ul style="list-style-type: none">Atenolol
<ul style="list-style-type: none">Captopril
<ul style="list-style-type: none">Hidralazina
<ul style="list-style-type: none">Quinidina
<ul style="list-style-type: none">Oro (terapia para la artritis reumatoide)





Otros medicamentos que pueden causar linfadenopatía incluyen:

- Rituximab
- Metotrexato
- Sulfasalazina
- Clofazimina
- Agentes del factor de necrosis antitumoral (TNF), como infliximab, etanercept, abatacept y adalimumab

Una manera de hacer el enfoque diagnóstico del paciente con adenopatías es según su localización, a continuación, se diferencian las principales causas según la región en la que se encuentre el ganglio patológico. **Tabla 4.**

Tabla 4. Causas de adenopatías localizadas y generalizada

Causas de linfadenopatía localizada y generalizada			
Lugar	Infección	Malignidad	Otras causas
Cabeza y cuello	<ul style="list-style-type: none"> ● Infección viral de las vías respiratorias superiores ● Mononucleosis ● Virus del herpes ● Coxsackievirus ● Citomegalovirus ● VIH 	<ul style="list-style-type: none"> ● Enfermedad de Hodgkin ● No linfoma de Hodgkin ● Cáncer de tiroides ● Carcinomas de células escamosas de cabeza y cuello. 	





UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

Facultad de Medicina

	<ul style="list-style-type: none">● <i>Staphylococcus aureus</i>● <i>Streptococcus pyogenes</i> del grupo A● <i>Mycobacterium</i>● Absceso dental● Enfermedad por arañazo de gato	<ul style="list-style-type: none">●	
Inguinal	<ul style="list-style-type: none">● Enfermedades de transmisión sexual.● Celulitis● Malignidad	<ul style="list-style-type: none">● Linfoma● Carcinoma de células escamosas de genitales● Melanoma maligno	
Axilar	<ul style="list-style-type: none">● <i>Staphylococcus aureus</i> localizado● Enfermedad por arañazo de gato● Brucelosis	<ul style="list-style-type: none">● Cáncer de mama● Melanoma	<ul style="list-style-type: none">● Reacción a los implantes mamarios.
	<ul style="list-style-type: none">●	<ul style="list-style-type: none">●	





	<ul style="list-style-type: none">• Micobacterias• Hongos	<ul style="list-style-type: none">• Neoplasias torácicas y abdominales• Enfermedad de Hodgkin• Linfoma no Hodgkin	
Generalizada	<ul style="list-style-type: none">• Mononucleosis• VIH• Tuberculosis• Fiebre tifoidea• Sífilis• Plaga	<ul style="list-style-type: none">• Leucemia aguda• Linfoma de Hodgkin• Linfoma no Hodgkin	<p>Trastornos de almacenamiento metabólico:</p> <ul style="list-style-type: none">• Enfermedad de Gaucher• Enfermedad de Niemann-Pick <p>Enfermedades autoinmunes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Síndrome de Sjogren• Sarcoidosis• Artritis reumatoide• Lupus eritematoso sistémico





Enfoque diagnóstico del paciente con adenopatías

¿En qué datos se debe hacer énfasis en la anamnesis?

La edad, género y raza pueden ayudar a orientar el diagnóstico según las enfermedades e infecciones prevalentes que pueden cursar con adenopatía en cada grupo, por ejemplo, en los niños rubéola, mononucleosis infecciosa, enfermedad de Kawasaki; en mujeres jóvenes lupus eritematoso sistémico (LES), enfermedad de Kikuchi; en hombres jóvenes linfoma Hodgkin, tuberculosis (TB) y VIH; en ancianos cáncer y linfomas no Hodgkin; y en afrodescendientes la sarcoidosis.

Además, se asocia a malignidad en el 60 % de los mayores de 40 años y benignidad en el 80 % de los menores de 30 años.

Se deben buscar signos y síntomas que sugieran malignidad o infección e interrogar por el uso de medicamentos asociados a linfadenopatía.

El tiempo de evolución puede ayudar a orientar la etiología, menos de 2 semanas y más de 1 año sin cambio de tamaño hacen menos probable el origen neoplásico; aunque algunos pacientes no notan cuándo apareció la adenopatía.

¿Qué elementos pueden hacer sospechar malignidad?

La linfadenopatía en procesos neoplásicos suele ser generalizada, sin dolor, de consistencia dura, irregular, inmóvil con ganglios linfáticos múltiples, agrupados y enmarañados, puede haber ulceración de la piel que recubre el ganglio linfático.

Antecedentes como tabaquismo, alcoholismo, inmunosupresión, irradiación e historia familiar de cáncer aumentan la posibilidad de malignidad. La presencia de síntomas B (fiebre, pérdida de peso no intencional y sudoración nocturna) sugieren trastornos linfoproliferativos, tuberculosis o enfermedades del tejido conectivo. Así mismo, cuando se acompaña de púrpura, trombosis, pancitopenia y esplenomegalia hace sospechar de leucemia aguda.





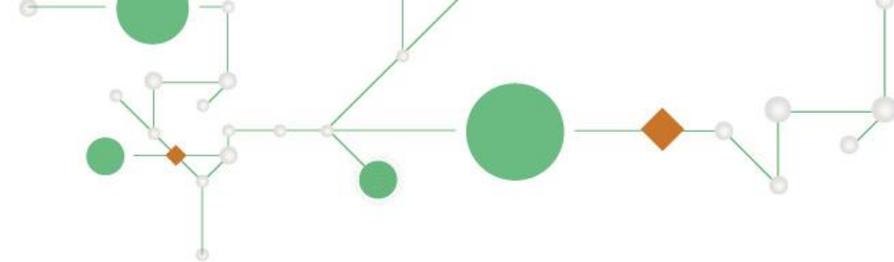
Se han identificado 6 variables independientes predictores de enfermedad grave, resumidos en el *Lymph Node Score*, donde una puntuación de -3 o menos excluye enfermedad grave, de -2 a -1 argumenta en contra de una causa grave, de +5 a +6 aboga por un trastorno y > es prácticamente diagnóstico de enfermedad grave; puntuaciones entre 0 a 4 carecen de importancia diagnóstica. **Tabla 5.**

Tabla 5. *Lymph Node score*

<i>Lymph Node Score</i>	
Criterio	Puntos
Edad >40 años	+ 5
Ganglio doloroso	- 5
Tamaño del ganglio linfático:	
▪ < 1 cm ²	+ 0
▪ 1 – 3,99 cm ²	+ 4
▪ 4 – 8,99 cm ²	+ 8
▪ ≥ 9 cm ²	+ 12
Prurito generalizado	+ 4
Nódulos supraclaviculares presentes	+ 3
Ganglio linfático de consistencia dura	+ 2
Factor de corrección*	- 6

* Se incluye en el puntaje de cada paciente.





En la **Figura 2** se muestra en un esquema de la probabilidad de que haya enfermedad seria en un paciente con adenopatía, según varios hallazgos clínicos.

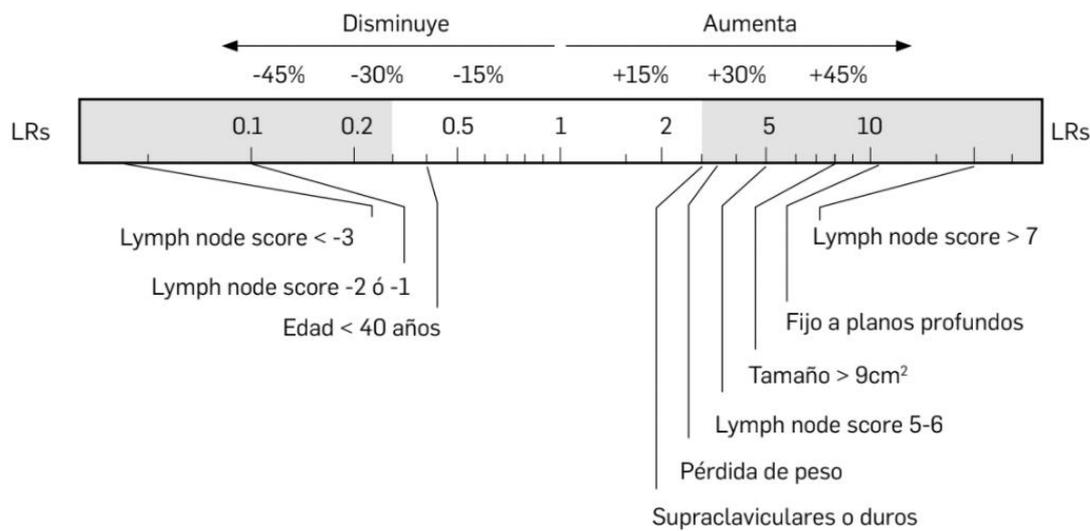


Figura 2. Probabilidad de enfermedad seria en adenopatía.

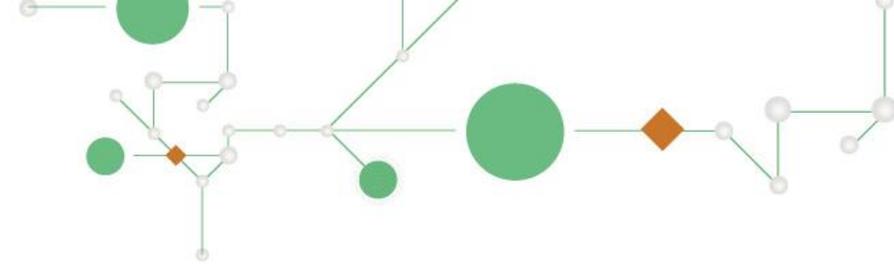
*Tomado de Evidence-based physical diagnosis. 4a. ed. Filadelfia, PA: Elsevier; 2017.

¿Qué elementos hacen sospechar infecciones?

La linfadenopatía suele ser generalizada con ganglios dolorosos o sensibles, blandos, móviles, enmarañados, cálidos, eritematosos y fluctuantes si hay abscesos.

El paciente puede presentarse con edema local o síntomas sistémicos como fiebre, taquicardia, rinorrea, odinofagia, otalgia, odontalgia o puede tener antecedentes de infección reciente de las vías respiratorias superiores, problemas dentales, traumatismos, viajes. Se debe interrogar sobre exposición a animales, consumo de carne poco cocida o actividad sexual de riesgo. Así mismo, signos como la escrófula (linfadenitis cervical tuberculosa) pueden ayudar a orientar el diagnóstico.





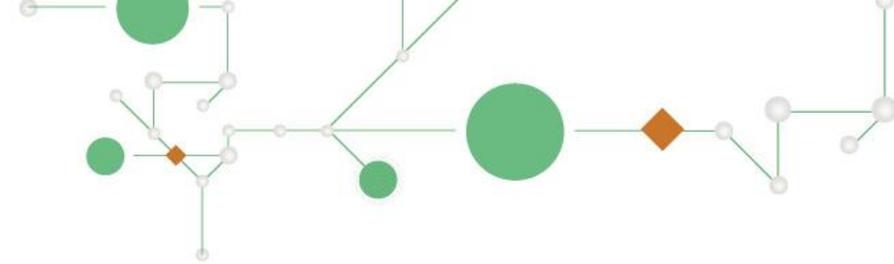
Características que se deben describir de una adenopatía

Es importante a la hora de realizar el examen físico describir localización, tamaño, consistencia, fijación y sensibilidad de los ganglios. Además, se deben buscar signos de enfermedad sistémica, por ejemplo, la esplenomegalia sugiere linfoma, leucemia linfocítica crónica, tricoleucemia, leucemia aguda, leucemia prolinfocítica o mononucleosis infecciosa. **Tabla 6.**

Tabla 6. Características de las adenopatías

Características de la linfadenopatía	
Localización	<ul style="list-style-type: none">▪ Localizada: causa regional.▪ Generalizada: causa sistémica.
Tamaño	<ul style="list-style-type: none">▪ Se debe describir el producto del ancho máximo por el alto máximo en cm².
Consistencia	<ul style="list-style-type: none">▪ Dura (pétrea): fibrosis provocada por tumor.▪ Firmes y gomosos: linfomas, leucemia crónica.▪ Blandos: leucemia aguda, Lupus Eritematoso Sistémico.
Fijación	<ul style="list-style-type: none">▪ Lo normal es que se puedan mover en el espacio subcutáneo.▪ Fijados a los tejidos subyacentes, no móvil: invasión maligna de estructuras adyacentes.▪ Fijados entre sí: neoplasia.
Sensibilidad	<ul style="list-style-type: none">▪ Dolor: procesos inflamatorios, leucemia linfocítica crónica, tricoleucemia, leucemia aguda, leucemia prolinfocítica, estimulación inmunológica, malignidad. Indica aumento reciente y rápido.





Estudio de imágenes y laboratorio

¿En qué ayudan los exámenes paraclínicos?

El hemoleucograma y el extendido de sangre periférica pueden ayudar a orientar el diagnóstico. **Tabla 7.**

Tabla 7. Hemograma en linfadenopatía

Ejemplos de resultados esperados en algunas etiologías	
Linfocitosis	<ul style="list-style-type: none">• Enfermedades autoinmunes• Leucemia• Tuberculosis• Mononucleosis infecciosa (con al menos 10 % de linfocitos atípicos [células de Downey])
Leucocitosis, neutrofilia y eosinofilia	<ul style="list-style-type: none">• Enfermedad infecciosa
>50.000 leucocitos	<ul style="list-style-type: none">• Reacción leucemoide: VIH, salmonelosis, síndrome linfoproliferativo
Blastos	<ul style="list-style-type: none">• Leucemia aguda (>20 % de blastos en extendido de sangre periférica)• Leucemia mieloide crónica• Síndrome mielodisplásico
Anemia	<ul style="list-style-type: none">• Leucemia aguda• VIH (acompañada de linfopenia)• LES (acompañada de linfopenia)
Eosinofilia	<ul style="list-style-type: none">• Enfermedad de Kimura• Síndrome de DRESS (usualmente asociado a alteración de pruebas hepáticas y rash)





Los reactantes de fase aguda tienen poca utilidad ya que son poco específicos, al igual que la lactato deshidrogenasa y el ácido úrico (aunque un valor muy elevado de estos últimos puede relacionarse con linfoma).

Todos los pacientes deben tener prueba de VIH tipo ELISA y se debe enviar la serología para la detección de la enfermedad infecciosa que se sospeche, si así es el caso. Los otros estudios complementarios se deben ordenar según la sospecha clínica.

¿Cuál es la utilidad de las imágenes?

Las imágenes ayudan a confirmar la linfadenopatía si después del examen físico hay duda, y ayuda a evaluar las estructuras circundantes en busca de anomalías.

- **Radiografía:** ayudan a precisar el tamaño y distribución de los ganglios.
- **Ecografía de tejidos blandos:** permite acceder al número, tamaño, sitio, forma, márgenes y estructura interna de los ganglios en regiones superficiales como el cuello y zonas periféricas. Con Doppler se puede evaluar el patrón vascular, el desplazamiento de la vascularidad, la resistencia vascular y el índice de pulsatilidad. En la **Tabla 8** se muestran los criterios ecográficos de linfadenopatía benigna vs. neoplásica.



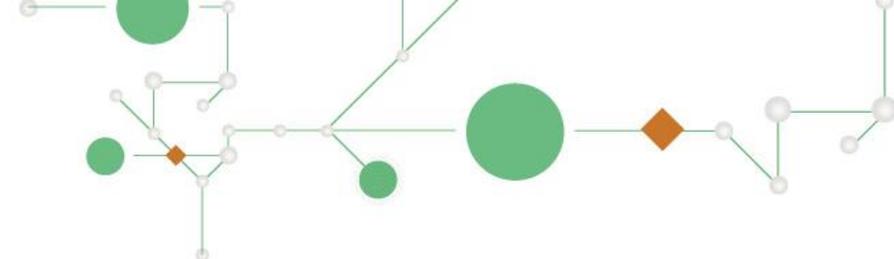


Tabla 8. Criterios ecográficos de linfadenopatía benigna vs. neoplásica

Criterios ecográficos de linfadenopatía benigna vs. neoplásica		
	Benignos	Neoplásicos
Forma	Ovoide	Redondo
Borde	Varios	Definido*
L/s Ratio	Alta >2	Bajo <2
Ecogenicidad	Isoecoicos	Hipoecoicos
Hilio	Presente	Ausente
Índice de resistencia	Bajo <0,8	Alto >0,8
Índice de pulsatilidad	<1,5	>1,5
Flujo sanguíneo	Hiliar	Periférica o misceláneo

*En los ganglios linfáticos enmarañados, la frontera no está marcada.

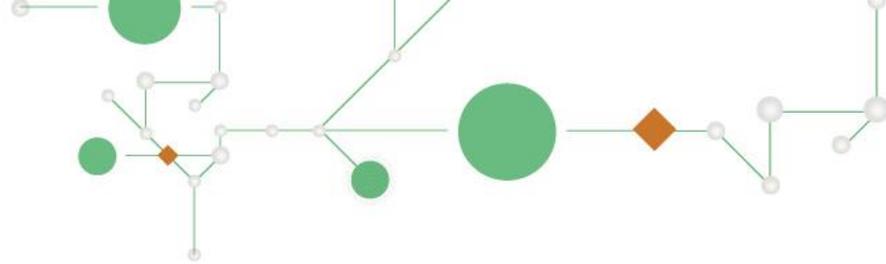
- **Tomografía axial computarizada (TAC):** son útiles para evaluar el tórax, la cavidad abdominopélvica o los sitios donde las lesiones son profundas, y con el uso de contraste permite detectar ganglio centinela.
- **Tomografía por emisión de positrones con fluorodesoxiglucosa (FDG-PET/CT):** es útil en la estadificación ganglionar en muchas neoplasias malignas, específicamente en el diagnóstico del linfoma en general y en el seguimiento del tratamiento del Linfoma Hodgkin.

¿Cuándo es necesario hacer biopsia?

Para definir si es necesario realizar una biopsia se debe tener en cuenta la historia clínica, el examen físico, los paraclínicos básicos, los estudios de imagen y el Lymph Node Score, finalmente la indicación dependerá de la sospecha diagnóstica.

En pacientes sin los factores de riesgo mencionados anteriormente se puede considerar observación durante 3-4 semanas y repetir la ultrasonografía y el examen físico, en caso de crecimiento o cambio de las características, se debe considerar realizar biopsia.





Hay 3 técnicas para la biopsia:

- **Biopsia por aspiración con aguja fina (BACAF):** es útil al buscar recurrencia de cáncer y para saber si una adenopatía corresponde a una metástasis.
- **Biopsia con aguja gruesa (TRUCUT):** da información sobre la arquitectura ganglionar.
- **Biopsia escisional:** permite observar la arquitectura completa del ganglio linfático para definir la zona donde se encuentra la proliferación monoclonal, además de realizar marcadores genéticos y de inmunohistoquímica, para clasificar el tipo de linfoma.

La biopsia escisional es el método de elección para el diagnóstico diferencial y definitivo de las adenopatías generalizadas de más de un mes de evolución o con alta probabilidad de ser malignas de acuerdo con el *Lymph Node Score*. Por otra parte, el BACAF y el TRUCUT rara vez son utilizados, salvo en ganglios cervicales con sospecha de cáncer de cabeza y cuello.

A continuación, se resumen los posibles patrones histológicos que pueden reportarse y la asociación con posibles diagnósticos diferenciales. **Tabla 9.**



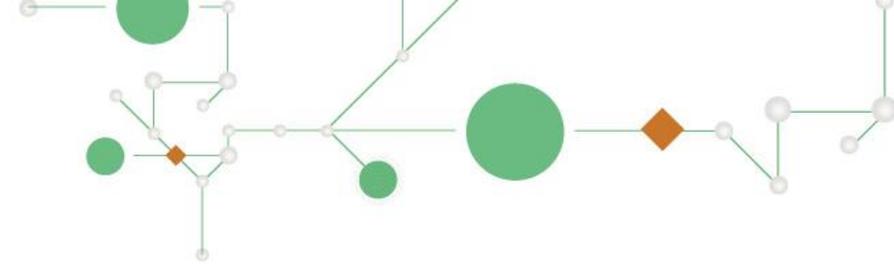


Tabla 9. Patrones histológicos.

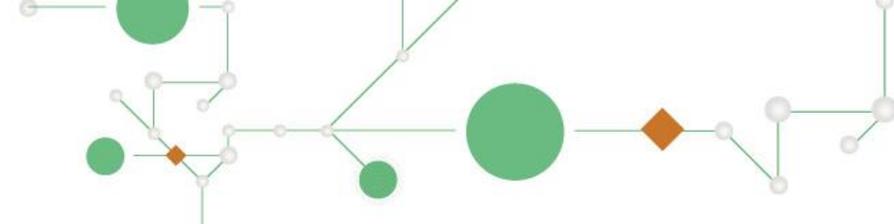
Patrones histológicos de las adenopatías			
Patrón	Descripción del diagnóstico diferencial	Diagnósticos diferenciales	Contraparte neoplásica
Patrón folicular	Hiperplasia folicular	Hiperplasia folicular no especificada	Linfoma folicular
		Linfadenopatía asociada a VIH tipo A	Linfoma de células B de zona marginal con colonización folicular
		Linfadenopatía Luética	
		Trastornos autoinmunes	
		Enfermedad relacionada con IgG4 tipo II	
	Transformación progresiva de centros germinales	Enfermedad relacionada con IgG4 tipo IV	Linfoma de Hodgkin con predominio de linfocitos nodulares
		Variante floral de Linfoma Folicular	
	Hiperplasia linfoide angiofolicular	Enfermedad de Castleman hialino-vascular	Linfoma de células del manto con patrón de zona del manto





		Enfermedad de Castleman plasmático en células	Linfoma angioinmunoblástico de células T	
		Enfermedad relacionada con IgG4 tipo I		
		Linfadenopatía asociada a VIH tipo C		
Patrón interfolicular, paracortical y mixto	Extrafolicular proliferación de células B		Linfoma Hodgkin	
			Linfoma de linfocitos B ricos en histiocitos y linfocitos T	
			Linfoma angioinmunoblástico de células T	
		Linfoma anaplásico de células grandes		
	Hiperplasia nodular paracortical de células T	Linfadenopatía dermatopática		Micosis fungoides
				Histiocitosis de células de Langerhans
Hiperplasia paracortical con inmunoblastos		Reacciones a fármacos	Linfoma angioinmunoblástico de células T	
		Reacciones a vacunas		





Facultad de Medicina		Enfermedad relacionada con IgG4 tipo III	
	Enfermedad de Kimura	Toxoplasmosis	Hemangioma epitelioide
		Leishmaniosis	Histiocitosis de células de Langerhans
		Tripanosomiasis	Linfoma Hodgkin
		Filariasis	Linfoma angioinmunoblástico de células T
		Neoplasias mieloides	
Patrón difuso	Hiperplasia paracortical difusa (inmunoblástica)	Infecciones por virus de la familia Herpes	Linfoma Hodgkin
		Reacciones a fármacos	Linfoma difuso de células B grandes
Incremento de histiocitos	Histiocitosis sinusal		Carcinomas metastásicos
	Reacciones histiocíticas con histiocitos espumosos	Drenaje de prótesis	
		Enfermedades hereditarias por almacenamiento	





Histiocitosis sinusal con linfadenopatía masiva	Enfermedad de Rosai-Dorfman	Histiocitosis de células de Langerhans
	Enfermedad relacionada con IgG4*	
	Síndrome linfoproliferativo autoinmune	
Incrementos histiocítico con hemofagocitosis	Linfohistiocitosis hemofagocitico	
	Transfusión sanguínea	
Linfadenopatía epiteliode granulomatosa	Sarcoidosis	Tumores malignos enmascarados (carcinomas, tumores de células germinales, linfomas). Linfoma Hodgkin con necrosis estrellada
Linfadenopatía necrotizante granulomatosa	Granulomatosis crónica	
Linfadenopatía granulomatosa supurativa o con microabscesos.	Enfermedad de Whipple	
	Micobacteriosis	
	Infecciones fúngicas	
	Enfermedad del arañazo de gato	
	Linfogranuloma venéreo	





		Tularemia	
		Yersiniosis	
		Micobacteriosis	
	Linfadenopatía histiocítico necrotizante	Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto	Linfoma de alto grado
		Histoplasmosis	
		Lupus eritematoso sistémico. Linfadenopatía	
Linfadenopatía con incremento difuso de histiocitos y microfibriloblastos	Pseudosarcoma mycobacterial	Sarcoma Kaposi	
	Pseudotumor inflamatorio	Tumores dendríticos	
	Enfermedad relacionada con IgG4 tipo V	Linfoma anaplásico de células grandes	
Linfadenopatía con cambios vasculares	Transformación vascular de los senos nasales	Sarcoma Kaposi Angiosarcoma	
	Angiomatosis bacilar		
	Enfermedad de Kawasaki		

* En la enfermedad relacionada con IgG4 se observa en la biopsia un patrón específico de fibrosis, conocido como fibrosis estoriforme (patrón irregular de fibrosis que se asemeja a los radios de la rueda de un carro).





2. MENSAJES INDISPENSABLES

- La historia clínica y el examen físico son elementos claves en el diagnóstico de la linfadenopatía.
- El estándar de referencia (gold standard) para el diagnóstico de linfadenopatía es el tejido obtenido mediante biopsia por escisión.
- Todas las linfadenopatías generalizadas deben analizarse cuidadosamente y establecerse el diagnóstico.

3. VIÑETA CLÍNICA (DESENLACE)

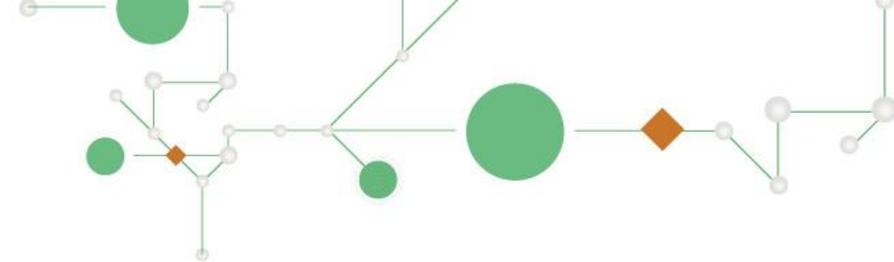
Ante la sospecha de un proceso infeccioso, se solicitó un hemoleucograma, donde los parámetros evaluados se encontraron dentro del rango de normalidad, y una radiografía de tórax sin hallazgos significativos. Se procedió a solicitar un estudio serológico, donde se encontró anti-ACV: IgM+ con lo que se pudo establecer el diagnóstico de mononucleosis infecciosa por el Virus del Epstein Barr.

Se tranquilizó a la paciente, se explicó el diagnóstico, la probable evolución clínica, el tratamiento analgésico y se citó para revisión en 15 días, con advertencia de consultar antes en caso de empeorar el cuadro clínico.

4. BIBLIOGRAFÍA

1. Valencia JC, García MJ. Enfoque del paciente con linfadenopatías. XIX Curso de Actualización en Medicina Interna: Retos clínicos en Medicina Interna. 2019; 19 (1): 168 - 177.
2. Longo DL. Linfadenopatía y esplenomegalia. In: Jameson J, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J. eds. Harrison. Principios de Medicina Interna, 20e. McGraw Hill; 2018. Citado 27 Oct de 2021. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2461§ionid=203643504>





3. Villegas-Molina Juan Pablo, Yarce-Prince Marianella, Ochoa-Hernández John Camilo, Cardona-Muñoz Sara de Dios, Orozco-Beltrán Laura Victoria, Ruiz-Hernández Elber et al. Enfoque del paciente con adenopatías generalizadas. Importancia de la estrategia didáctica del estudio de casos clínicos: a propósito de un paciente con linfoma de Hodgkin asociado a una infección por el virus de Epstein-Barr. *Iatreia* [Internet]. 2019 Dec [cited 2021 Dec 11]; 32(4): 328-337
4. Motyckova G, Steensma DP. Why does my patient have lymphadenopathy or splenomegaly? *Hematol Oncol Clin North Am* [Internet]. 2012 Apr;26(2):395-408, ix. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/udea.lookproxy.com/22463834/>
5. Freeman AM, Matto P. Adenopathy. 2021 Jul 14. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/udea.lookproxy.com/30020622/>
6. DynaMed. Lymphadenopathy in Adults - Approach to the Patient. EBSCO Information Services. Accessed October 27, 2021. <https://www.dynamed.com/approach-to/lymphadenopathy-in-adults-approach-to-the-patient>
7. Ferrer RL. Evaluation of peripheral lymphadenopathy in adults. En: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. 2019 [actualizado Oct 2021; citado 27 Oct de 2021].
8. Tzankov A, Dirnhofer S. A pattern-based approach to reactive lymphadenopathies. *Semin Diagn Pathol* [Internet]. 2018 Jan;35(1):4-19. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/udea.lookproxy.com/28619469/>
9. Fistera. Estudio de una linfadenopatía. Elsevier. 2021 [actualizado Jul 2021; citado 27 Oct de 2021].

