

ADENOMEGALIA EM PEDIATRIA

Suely Aparecida de Oliveira Ferreira – Médica Pediatra com capacitação em Infectologia.
Assistente do Pronto-Socorro do Instituto de Infectologia Emilio Ribas e Pronto Socorro da
Universidade Federal de São Paulo – Hospital São Paulo.
Data de Elaboração: 10/10/2012

INTRODUÇÃO

Linfonodos são nódulos de tecido linfóide, não estáticos e de forma ovóide, com dimensões variando desde alguns milímetros até, mais ou menos, 2 centímetros em seu maior diâmetro. Usualmente podem ser encontrados por todo organismo. Comparativamente aos adultos, as crianças possuem mais tecido linfóide e o desenvolvimento desse tecido atinge a sua máxima intensidade por ocasião da puberdade.¹

Entende-se por adenomegalia ou linfadenomegalia o aumento de volume dos linfonodos. Em pacientes pediátricos, esse aumento pode representar o crescimento normal do tecido linfóide, enfermidades benignas e transitórias, ou doenças de maior gravidade.^{1,2}

A linfonodomegalia pode ser classificada como localizada ou como generalizada. A linfadenomegalia localizada existe somente em uma região do corpo. Este tipo de distribuição é mais frequentemente encontrado nas regiões cervicais, axilares e inguinais. Na linfadenomegalia generalizada existe o aumento de linfonodos em mais de duas regiões não contíguas, o que costuma ser, geralmente, o resultado de doença sistêmica.^{1,3,4} (Quadro 1)

PATOGENESE:

Os mecanismos causadores da linfadenomegalia podem ser:

- Replicação de células dentro do linfonodo em resposta a estímulo antigênico ou como resultado de uma transformação maligna;
- Entrada de células exógenas no linfonodo(ex: neutrófilos ou células metastáticas);
- Depósito de material estranho dentro dos histiócitos no linfonodo, como ocorre nas doenças de depósito;
- Ingurgitamento e edema secundário à liberação de citocinas no local;
- Supuração secundária à necrose tecidual.³

CARACTERÍSTICAS DOS LINFONODOS

Na criança, geralmente, os linfonodos situados nas regiões cervicais, axilares e inguinais são palpáveis e quando forem móveis, indolores, de consistência firme e elástica, não coalescentes e não aderidos a planos profundos, são considerados normais.^{1,3}

São considerados anormais os linfonodos que à palpação apresentem alteração de tamanho, da consistência, de mobilidade e de número. Os linfonodos maiores do que 1,0 (um) centímetro de diâmetro na região cervical, do que 1,5 (um e meio) centímetro na região inguinal e do que 0,5 (meio) centímetro em qualquer outra cadeia ganglionar são considerados aumentados.^{1,4}

A localização dos linfonodos está intimamente relacionada à drenagem linfática da região afetada.^{1,5}

Nos quadros 1 e 2 abaixo, são apresentadas as principais etiologias com relação as linfadenomegalias generalizada e localizada:

Quadro 1 – PRINCIPAIS ETIOLOGIAS DA LINFOADENOMEGALIA GENERALIZADA

Infecções:

bacterianas - tuberculose, micobactérias atípica, sífilis, sepse, brucelose;

virus - citomegalia, mononucleose, sarampo, rubéola, HIV(síndrome da imunodeficiência adquirida);

fungos - histoplasmose, paracoccidiodomicose, aspergilose, candidíase;

parasitárias - toxoplasmose, toxocaríase, leishmaniose visceral, doença de Chagas.

Doenças auto imunes: Artrite reumatóide juvenil, lúpus eritematoso sistêmico, doença do soro;

Neoplasias: Primárias do linfonodo - linfoma de Hodgkin, linfoma não Hodgkin. Leucemias e neuroblastoma.

Doenças de depósito: doença de Gaucher , doença de Niemann-Pick.

Miscelânea: histiocitose, reticuloendoteliose, sarcoidose, hipertireoidismo, doença de Kawasaki, linfadenopatia dermatópica, síndrome de Castleman.

Reação a medicamentos

Quadro 2 – PRINCIPAIS ETIOLOGIAS DA LINFOADENOMEGALIA LOCALIZADA

Pré auricular: infecções virais e bacterianas, causando a síndrome óculo glandular (adenovírus, Chlamydia, herpes simples), arranhadura do gato, caxumba, tuberculose, linfoma.

Cervicais: infecções virais (IVAS*, mono-like), infecções bacterianas (adenite piogênica, tuberculose, micobacteriose atípica, difteria), infecções fúngicas (esporotricose, histoplasmose) parasitoses (toxoplasmose, leptospirose, leishmaniose), doença da arranhadura de gato, neoplasias (linfoma, linfoma Hodgkin e não Hodgkin, leucemia, neuroblastoma), histiocitose, adenite pós-vacinal , kawasaki.

Sub-mandibular e sub-mentoniana: absorção séptica (amigdalite, abscesso dentário), infecções virais (rinofaringite, gengivoestomatite), doença da arranhadura de gato, micobacteriose atípica.

Occipital e retro-auricular: infecções virais (rubéola), absorção séptica (impetigo, pediculose, doença seborréica).

Supra-clavicular direita: lesões torácicas com a neoplasia torácica, linfoma, infecção bacteriana ou fúngica.

Supra-clavicular esquerda: linfoma, neoplasia do tórax, gastrointestinal ou retroperitoneal, infecção fúngica ou bacteriana.

Axilar: absorção séptica da pele, pós-vacina da BCG, neoplasia, linfoma, esporotricose, doença da arranhadura de gato.

EpitrocLEAR: absorção séptica local, sífilis, doença da arranhadura de gato.

Inguinal: absorção séptica dos membros inferiores genitais, perineais, (celulite, abscessos), herpes simples, sífilis.

Mediastinal: Infecção bacteriana, tuberculose, micobactérias atípicas, infecção fúngica (histoplasmose, paracoccidiodomicose), neoplasia (linfoma, neuroblastoma), sarcoidose, fibrose cística.

Abdominal e pélvica: absorção séptica local, linfoma, neoplasias, adenite mesentérica.

Os linfonodos supra claviculares e cervicais inferiores tem um alto índice terapêutico para doença maligna, quando biopsiados precocemente. Entende-se por índice terapêutico a porcentagem de biópsias diagnósticas que possibilitem o tratamento específico.²

Com relação ao aspecto local, deve se considerar a dor quando o aumento do linfonodo ocorre de maneira abrupta, nos processos inflamatórios ou nos supurativos, ou nos casos de doença maligna com necrose. A presença de dor, calor e rubor local não diferencia as linfadenites bacterianas dos processos malignos. Entretanto, nos quadros arrastados com aumento generalizado de linfonodos, o comprometimento nítido do estado geral associado à perda de peso sugerindo processos consumptivos, deverá ser interpretado como grave. A consistência pétreia é sugestiva de malignidade e, no caso da consistência fibroelástica, é compatível com processo inflamatório ou infeccioso. A presença de flutuação lembra processo supurativo.^{1,3,4}

DIAGNÓSTICO

Para a elucidação diagnóstica, a anamnese e o exame físico minuciosos são os primeiros passos para a coleta de informações que vão orientar a conduta.

A história deve ser abrangente e obrigatoriamente deve procurar responder aos seguintes itens:

- Características dos linfonodos suspeitos, tempo de instalação do processo, e velocidade de crescimento dos linfonodos;
- Sinais e sintomas acompanhantes como febre, exantema, tosse, dor de garganta, problemas da cavidade bucal, astenia, fenômenos hemorrágicos, suor noturno, lesões de pele ou traumas. A associação de sintomas constitucionais (febre, perda de peso, suor noturno, artralgia e fenômenos hemorrágicos) pode sugerir malignidade, doença granulomatosa como a tuberculose ou doença reumatológica.^{3,4}
- Dados de antecedentes epidemiológicos sobre viagens recentes em áreas endêmicas, exposição a portadores de tuberculose e a doentes (infecção do trato respiratório, vírus Epstein -Barr, citomegalovírus, infecção por estreptococcus do grupo A), contatos com animais (doença da arranhadura do gato, toxoplasmose, toxocaríase), picada de carrapatos (doença de Lyme), ingestão de carne mal cozida (toxoplasmose) e a ingestão de leite não pausterizado (Brucelose) devem ser pesquisados. O interrogatório deve orientar sobre o uso de medicação que possa causar a linfadenomegalia, como alopurinol, atenolol, captopril, carbamazepina, cefalosporinas, fenitoína, penicilinas, piremetamina, quinidina e sulfonamidas. Perguntar sobre o uso de drogas ilícitas e sobre atividade sexual.^{4,5}

O exame físico deverá ser completo e detalhado avaliando estado geral, os sinais de doença sistêmica, o peso corporal, os sinais vitais, a presença de palidez cutâneo-mucosa, presença de icterícia, de lesões da pele e mucosa. A hepatomegalia e ou a esplenomegalia devem ser mensuradas com a fita métrica possibilitando acompanhar suas alterações com a evolução.⁵

A palpação deve abranger todas as cadeias de linfonodos, analisando-se as alterações possíveis em seu tamanho, consistência, mobilidade, coalescência, sinais de flogose, existência de fístula e se estão aderentes aos planos profundos.

Após a história e o exame físico, na avaliação laboratorial podem ser solicitados exames específicos para confirmar a suspeita do diagnóstico. Em outros casos em o que o diagnóstico permanece incerto, exames adicionais devem solicitados.

Pacientes em bom estado geral, sem perda de peso e que apresentem linfonodos com consistência fibroelástica, não aderentes, não coalescentes e móveis, geralmente, apresentam doenças benignas. E, obrigatoriamente, deverão ser acompanhados por cerca de seis semanas.

Pacientes com linfadenomegalia localizada ou generalizada em que o paciente se apresenta com queda do estado geral e / ou sinais de alarme (localização, maiores de dois centímetros, com progressão ou mais do que seis a dez semanas sem diminuir o tamanho) poderá ser investigada com exames de sangue (hemograma- HMG, velocidade de hemossedimentação- VHS, função hepática- TGO/TGP) e de imagens(radiografias e ultrassom -US).

O hemograma completo (HMG) pode mostrar leucopenia e presença de linfócitos atípicos que são achados sugestivos de etiologia infecciosa, como mononucleose (EBV) ou doenças proliferativas auto-imunes e malignas.

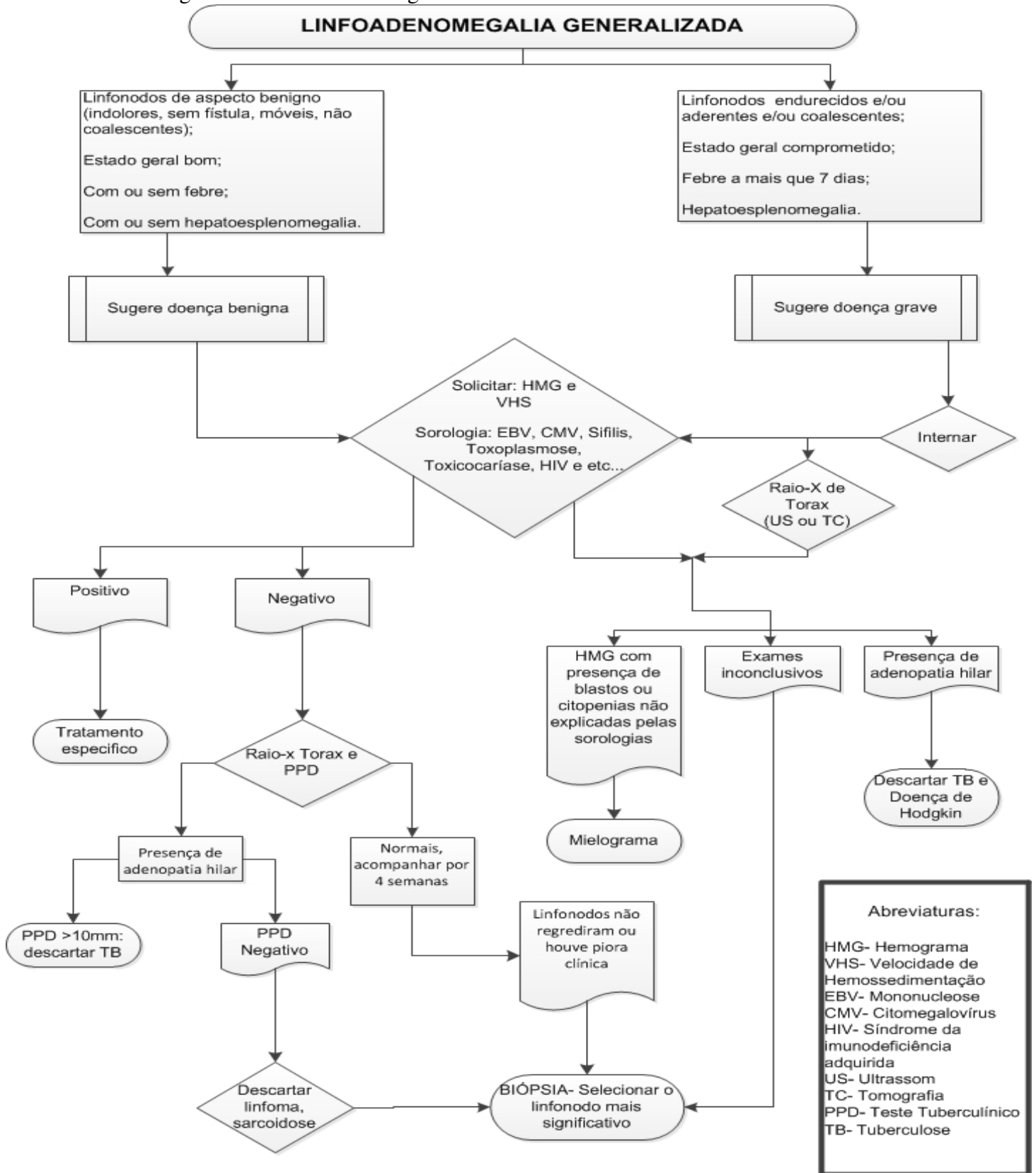
O HMG, o VHS e proteína C reativa e o perfil hepático são inespecíficos quando for necessário diferenciar entre inflamações ou supressão ou infiltração da medula óssea.

Entretanto, com a presença de citopenias ou blastos poderá ser indicada biópsia de medula óssea.

A biópsia deve ter uma indicação criteriosa, evitando procedimentos desnecessários e retardo do diagnóstico, procurando não colocar o paciente em risco.^{4,5}

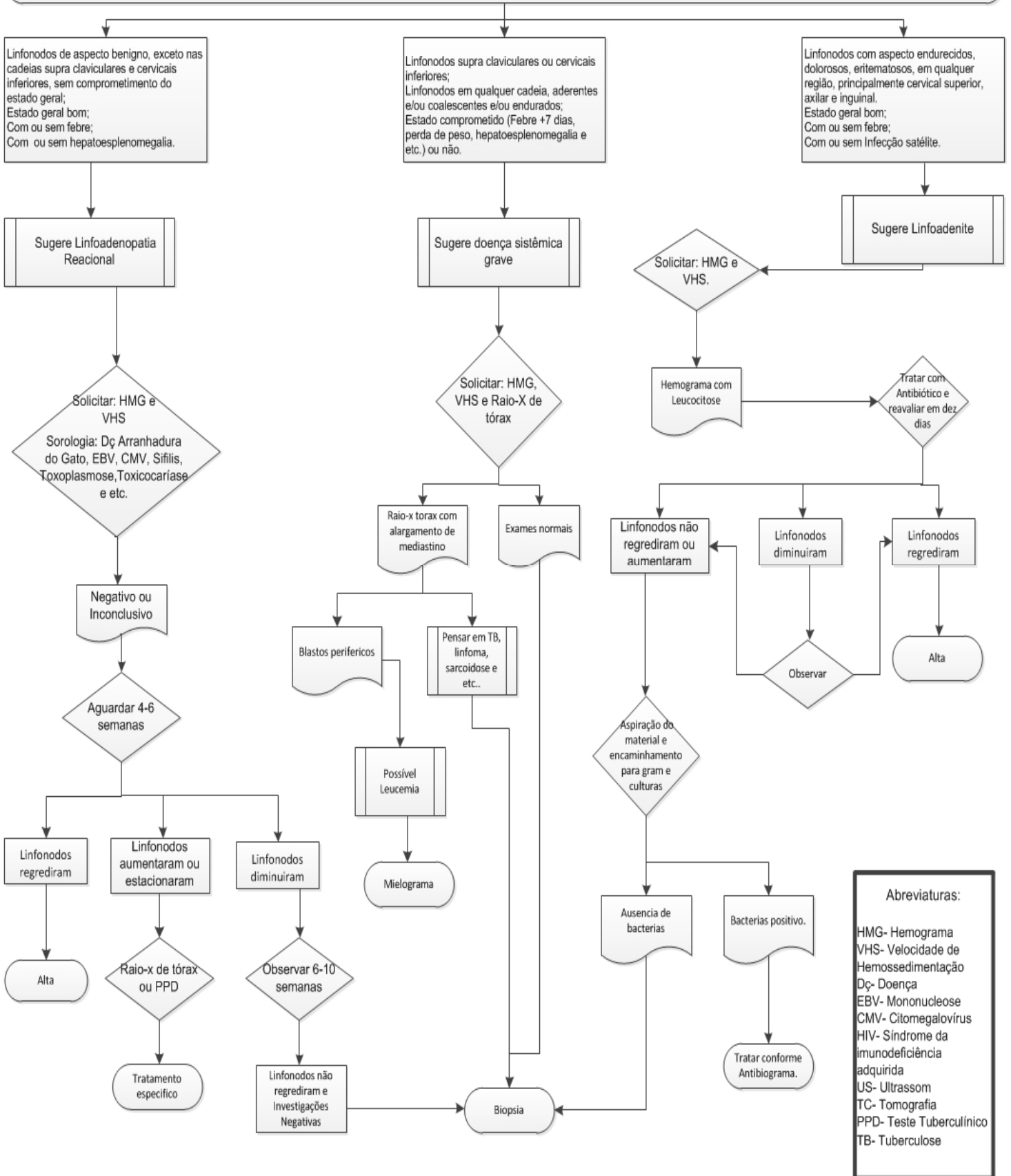
Na linfadenomegalia, é necessária a abordagem individualizada de cada caso, dependendo da história, do exame clínico e dos exames laboratoriais, bem como de todos os fatores associados, chegando ao seu diagnóstico e ao tratamento específico. Deve-se sempre acompanhar a evolução do paciente pois a apresentação inicial da linfadenomegalia poderá ser confundida com o diagnóstico verdadeiro.

FLUXOGRAMA
Fluxograma 1 – Linfadenomegalia Generalizada



Fluxograma 2 – Linfadenomegalia Localizada

LINFOADENOMEGALIA LOCALIZADA



Abreviaturas:
 HMG- Hemograma
 VHS- Velocidade de Hemossedimentação
 Dç- Doença
 EBV- Mononucleose
 CMV- Citomegalovírus
 HIV- Síndrome da imunodeficiência adquirida
 US- Ultrassom
 TC- Tomografia
 PPD- Teste Tuberculínico
 TB- Tuberculose

Referências Bibliográficas

- 1- Viera TCA. Abordagem diagnóstica da criança com linfadenomegalia periférica (Tese de mestrado). Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo; 1993.
- 2- Petrilli AS, Vieira TCA, Volc SM. Linfadenomegalia periférica na infância. Revista Diagnóstico & Tratamento 2002; 7(4):22-28.
- 3- McClain KL,MD,PhD, Fletcher RH,MD,MSc. Causes of peripheral lymphadenopathy in children. UpToDate. Acessada em 14.09.2012.
- 4- McClain KL,MD,PhD, , Fletcher RH,MD,MSc. Approach to the child with peripheral lymphadenopathy. UpToDate. Acessada em 14.09.2012.
- 5- Ferrarini MAG, Petrilli AS, Ivankovich DT. Adenomegalias na infância. IN Borges DR, editor. Atualização Terapêutica- diagnóstico e Tratamento. 24ª edição. São Paulo: Artes Médicas; 2012//2013. p.1488-92.