



739 - UNIDAD DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO-ADENOPATÍAS: ETIOLOGÍA Y CRITERIOS DE RIESGO

Alejandra Franquet López-Mosteiro, Julia Urpí Tosar, Mariano Pascual Aranda, Eloy García Vives, Ariadna Brase Arnau, Jaime Rodríguez Morera, María Lourdes Cos Esquius y Xavier Nogués Solan

Hospital del Mar, Barcelona, España.

Resumen

Objetivos: Las linfadenopatías son una manifestación frecuente en múltiples patologías, pudiendo ser el primer y único signo de enfermedad maligna. Desde la Unidad de Diagnóstico Rápido (UDR) se estudian y describen características de los pacientes evaluados para establecer patrones sugestivos de malignidad, pudiendo así realizar un diagnóstico precoz y evitando estudios innecesarios en casos de bajo riesgo.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo unicéntrico que incluye pacientes ≥ 18 años derivados a UDR entre 01/2017-12/2022 por adenomegalias evidenciadas clínicamente o en prueba de imagen como hallazgo incidental. Las variables categóricas se expresaron como porcentajes y las continuas mediante mediana y IQR. Se valoraron características clínicas, analíticas y epidemiológicas, expresándose mediante porcentaje en el caso de las variables categóricas y mediante mediana e IQR en las continuas, comparándose entre los distintos grupos mediante la prueba t de Student. Las variables independientes con significación estadística ($p < 0,05$) se incluyeron en el modelo de regresión logística multivariado. La junta de revisión institucional del hospital [2023/10724] aprobó el estudio según la Declaración de Helsinki. Debido a las características retrospectivas del estudio, no se requirió consentimiento informado.

Resultados: Se incluyeron 485 pacientes (50,5% mujeres) mayoritariamente de origen caucásico (71,1%) con una mediana de edad de 46 años y derivados principalmente desde atención primaria (79%), con una demora hasta la visita de 11 días. La evolución de las adenopatías fue de 65 días y el tamaño, de 20 mm, siendo lo principal localización la laterocervical (48%), seguido de supraclavicular (18,6%), inguinal (17,9%) y submandibular (17,1%). Se realizó ecografía al 79,6%, siendo patológica en un 53,4%, y TC al 33,4% con hallazgos patológicos en un 77,8%. La PAAF se realizó en el 30,1% de los casos, BAG en el 21% y escisión nodal en el 10,7%. Se consideró etiología maligna en un 20,8% de casos requiriendo 26,5 días para el diagnóstico histológico y 47 para la valoración oncológica. La principal etiología maligna fue la hematológica (63,4%), principalmente LDCG (32,8%), LH (21,9%) y folicular (20,3%). Entre las neoplasias sólidas, el carcinoma escamoso de cabeza y cuello (40,5%), seguido del escamoso de origen incierto (13,5%) (tabla 1). Los pacientes con diagnóstico oncológico eran mayores, principalmente varones caucásicos y con mayor exposición a drogas. El tacto indurado y adherido, síndrome tóxico y mayor tamaño también fueron características asociadas a malignidad, mientras que el largo tiempo de evolución era indicativo de

benignidad (tabla 2). En 172 casos (35,4%) se obtuvo un diagnóstico específico no maligno, principalmente de causa infecciosa (37,2%). El análisis multivariante mostró como factores de riesgo: edad \geq 50 años, tamaño $>$ 25,5 mm, induración y localización supraclavicular (tabla 2).

| Tabla 1 | |
|--|--------------------|
| | n = 485 |
| Hiperplasia linfoide reactiva | 212 (43,7%) |
| Enfermedad maligna | 101 (20,8%) |
| Hematológica | 64 (13,2%) |
| Linfoma difuso de células B grandes | 21 (32,8%) |
| Linfoma de Hodgkin | 14 (21,9%) |
| Linfoma folicular | 13 (20,3%) |
| Leucemia linfocítica crónica | 4 (6,3%) |
| Linfoma del manto | 4 (6,3%) |
| Linfoma anaplásico | 2 (3,1%) |
| Linfoma T | 2 (3,1%) |
| Otros | 4 (6,3%) |
| Oncológica | 37 (7,6%) |
| Carcinoma escamoso de cabeza y cuello | 15 (40,5%) |
| Carcinoma escamoso de origen desconocido | 5 (13,5%) |
| Carcinoma tiroideo | 3 (8,1%) |
| Carcinoma de pulmón de célula no pequeña | 3 (8,1%) |
| Carcinoma ductal de mama | 1 (2,7%) |
| Carcinoma ovárico | 1 (2,7%) |
| Carcinoma urotelial | 2 (5,4%) |
| Carcinoma escamoso de piel | 1 (2,7%) |
| Carcinoma escamoso de esófago | 1 (2,7%) |
| Carcinoma de línea media NUT | 1 (2,7%) |
| GIST | 1 (2,7%) |
| Adenocarcinoma gástrico | 1 (2,7%) |
| Melanoma | 1 (2,7%) |
| No estudiado | 1 (2,7%) |
| Infecciones | 64 (13,2%) |
| Linfadenitis tuberculosa | 37 (57,8%) |
| Tonsilitis por <i>Streptococcus pyogenes</i> | 3 (4,7%) |
| Infección cutánea | 5 (7,8%) |
| Infección viral | 6 (9,4%) |
| VHS-1 | 1 (1,6%) |
| VEB | 2 (3,2%) |
| CMV | 1 (1,6%) |
| VIH | 1 (1,6%) |
| Parotiditis | 1 (1,6%) |
| Sífilis | 1 (1,6%) |
| Toxoplasma | 2 (3,2%) |
| Otros | 9 (14,1%) |
| Inflamatoria | 32 (6,6%) |
| Vacunación reciente | 9 (28,1%) |
| Tiroiditis de Hashimoto | 5 (15,6%) |
| Sarcoidosis | 5 (15,6%) |
| Enfermedad de Castleman | 1 (3,1%) |
| Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto | 1 (3,1%) |

| | |
|----------------------------|-------------------|
| Tratamiento con interferón | 1 (3,1%) |
| Otras | 10 (31,3%) |
| Otras | 76 (15,7%) |
| Quiste braquial | 20 (26,3%) |
| Nódulos tiroideos | 12 (15,8%) |
| Lipoma | 10 (13,2%) |
| Tumor parotídeo | 7 (9,2%) |
| Sialolitiasis | 5 (6,6%) |
| Fibroma | 3 (3,9%) |
| Vascular | 3 (3,9%) |
| Otros | 16 (21,1%) |

| Tabla 2 | | | | | | | | |
|----------------------------|------------------|---------------------|----------------------|------------|---------|------------------------|-------------------|-------------|
| Factor | LA malignidad, % | LA no malignidad, % | Análisis univariable | | | Análisis multivariable | | |
| | | | IC95% | p | OR | IC95% | p | |
| <i>Epidemiología</i> | | | | | | | | |
| Edad ≥ 50 años | 78,4 | 33,3 | 7,29 | 4,06-13,11 | < 0,001 | 6,81 | 2,74-16,95 | < 0,001 |
| Género (<i>varón</i>) | 69,6 | 42,8 | 3,07 | 1,81-5,21 | < 0,001 | | | |
| <i>Etnia</i> | | | | | | | | |
| Caucásica | 84,8 | 68,6 | 2,56 | 1,32-4,94 | 0,004 | | | |
| Hispanica | 6,3 | 12,2 | 0,49 | 0,19-1,28 | 0,138 | | | |
| Oriente Medio | 2,5 | 8,0 | 0,29 | 0,07-1,28 | 0,086 | | | |
| Africana | 3,8 | 2,9 | 1,33 | 0,35-5,03 | 0,674 | | | |
| Asiática | 0 | 8,3 | n.a. | n.a. | 0,008 | | | |
| < 100 días evolución | 80,0 | 56,6 | 3,07 | 1,66-5,67 | < 0,001 | | | |
| Historia consumo droga | 46,8 | 30,5 | 2,00 | 1,21-3,31 | 0,006 | | | |
| Historia oncológica | 13,9 | 6,2 | 2,47 | 1,12-5,43 | 0,021 | | | |
| Factores de riesgo | 6,3 | 17,5 | 0,32 | 0,13-0,83 | 0,014 | | | |
| Relaciones sexuales riesgo | 0 | 2,9 | n.a. | n.a. | 0,214 | | | |
| Historia ITS | 0 | 2,6 | n.a. | n.a. | 0,368 | | | |
| Inmunización reciente | 0 | 6,8 | n.a. | n.a. | 0,017 | | | |
| <i>Características</i> | | | | | | | | |
| Induradas | 62,0 | 15,1 | 9,20 | 5,18-16,34 | < 0,001 | 3,51 | 1,35-9,16 | 0,01 |
| Adheridas | 52,9 | 8,0 | 12,89 | 6,88-24,16 | < 0,001 | | | |
| Tamaño > 25,5 mm | 63,6 | 18,8 | 7,58 | 4,37-13,15 | < 0,001 | 5,18 | 2,29-11,73 | < 0,001 |
| Fiebre | 2,5 | 4,8 | 0,51 | 0,12-2,29 | 0,373 | | | |
| Síntomas B | 3,8 | 1,9 | 2,01 | 0,49-8,21 | 0,323 | | | |
| Síndrome tóxico | 20,3 | 2,6 | 9,59 | 3,93-23,37 | < 0,001 | | | |

| <i>Distribución</i> | | | | | | | | |
|------------------------------|------|------|------|-------------|-------------------|-------------|----------------|--------------|
| Cervical | 55,7 | 49,7 | 1,27 | 0,77-2,09 | 0,339 | | | |
| Supraclavicular | 32,9 | 14,1 | 2,99 | 1,69-5,27 | < 0,001 | 2,69 | 1,0-7,2 | 0,049 |
| Submandibular | 8,8 | 18,6 | 0,43 | 0,19-0,98 | 0,038 | | | |
| Inguinal | 19,0 | 15,1 | 1,32 | 0,70-2,51 | 0,394 | | | |
| Axilar | 17,7 | 8,3 | 2,36 | 1,19-4,79 | 0,014 | | | |
| Mediastínica | 8,9 | 3,2 | 2,94 | 1,08-7,98 | 0,028 | | | |
| Otras | 10,1 | 4,5 | 2,40 | 0,97-5,94 | 0,052 | | | |
| Extranodal | 7,6 | 0 | n.a | n.a | < 0,001 | | | |
| ≥ 2 territorios no contiguos | 20,3 | 3,5 | 6,95 | 3,082-15,69 | < 0,001 | | | |

Conclusiones: La presencia de una UDR permite agilizar el proceso diagnóstico de pacientes con linfadenopatías, donde la neoplasia es la causa subyacente en más de un 20% de los casos. Debemos sospechar malignidad en pacientes de ≥ 50 años con presencia de adenopatías de más de 25 mm, induradas y de localización supraclavicular, procediendo a la realización de test invasivos. Un mayor tiempo de evolución orienta a que se trate de una etiología benigna.