

Resultados de la biopsia por aspiración con aguja fina en pacientes pediátricos con adenopatías y otras lesiones palpables.

Result of needle biopsy in pediatric patients with adenopathies and other palpable injuries.

Norma Pérez Calleja (1), Raquel Delgado Moya (2), Josefa Díaz Martínez (3), Ana Lourdes García (4).

Resumen

Se realiza un estudio longitudinal retrospectivo de 144 pacientes que ingresaron o fueron atendidos por consulta externa con adenopatías y lesiones palpables, a los cuales se le realizó biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF), dentro de su estudio general para el diagnóstico, tratando de descartar la causa benigna o maligna de estas lesiones. Del total de los pacientes evaluados 93 estaban en la edad escolar (5-15 años) para un 64,6%. El sexo masculino predominó en las edades preescolares (1-4 años) y escolar (5-14 años) con 26 y 61 casos para un 59,1 y 65,6 %respectivamente. Los ganglios cervicales fueron los más afectados con lesiones palpables en el 82,6% con 119 seguido de otras lesiones palpables con 12 pacientes para el 8,5. Fueron diagnosticados 114 casos con Adenitis Crónica Inespecífica, 10 con Hiperplasia Linfoide Reactiva. En un solo paciente en la Biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) se diagnosticó un tumor de Hodgking y el tratamiento quirúrgico no confirmó el mismo. Todos se siguieron por consulta oncopediatria y los tumores fueron remitidos. La BAAF es un proceder inocuo que bien realizado nos disminuye riesgo y tiempo de diagnóstico.

Palabras clave: Hiperplasia Linfoide /aumento de tamaño del tejido linfoide.

Adenitis crónica /Inflamación cronica del ganglio.

Especialista de 2do Grado en Pediatría con entrenamientos en Oncología y Terapia Floral. Diplomado en Homeopatía. Profesor Instructor de la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila. Profesor Titular Adjunto a la UNICA

Especialista en 1er Grado en Anatomía Patológica. Profesor instructor de la FCM y Profesor Asistente Adjunto a la UNICA. Diplomado en Ciencias Morfológicas y Citología.

Especialista en 1er Grado en Pediatría. Entrenamiento en Hematología. . Profesor Instructor de la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila.

Especialista en 1er Grado en Pediatría. Entrenamiento en Gastroenterología. Profesor Instructor de la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila. Profesor Asistente Adjunto a la UNICA.

Introduccion

Bajo el nombre genérico de cáncer se agrupan varios centenares de enfermedades cuyas características comunes es la proliferación celular anárquica exagerada e irreversible y en cada una aparecen caracteres particulares de casualidad, historia natural y respuestas al tratamiento (1).

Este grupo de enfermedades tiene una onda repercusión social, debido a su elevada mortalidad y a la multiplicidad de factores que intervienen en su desarrollo lo que lo convierte en un problema sanitario de primer orden, sobre todo porque muchas formas de cáncer pueden ser prevenidas o diagnosticadas tempranamente, lo que proporciona la oportunidad de evitar la patología de tratarla en los inicios cuando los resultados pueden ser mejores (1,2).

En los países desarrollados y algunos en vías de desarrollo como el nuestro, la mortalidad por enfermedades infecciosas en edad infantil han disminuido por lo que la mortalidad por enfermedades malignas han pasado a ocupar los primeros lugares aunque los fallecidos por la misma también han disminuido notablemente desde 8,3 por cada 100 000 habitantes en 1950 hasta 3,3 por cada 100 000 en 1992, lo cual demuestra que un diagnóstico precoz sobre todo en la infancia puede disminuir el número de muerte por estas causas y elevar la sobrevida de estos niños e incluso llegar a la curación gracias al descubrimiento de nuevos medicamentos y medios diagnósticos (1-3).

Cuba con su gran desarrollo en salud también ha disminuido la mortalidad por enfermedades infecciosas en niños de 1 a 14 años, por lo que ahora el cáncer infantil ocupa la 2da causa de muerte

en estas edades, después de los accidentes y la primera por enfermedad. Actualmente se diagnostican 300 casos con una tasa de 12 a 13 por cada 100 000 habitantes lo que constituyen el 1,5% del total del cáncer en el país (20 000 casos anuales) la tasa de incidencia fluctúa entre 5 y 15 por 100 000 habitantes, en varios países del mundo, la sobrevida se ha incrementado notablemente y la mortalidad ha descendido desde 59 casos en 1980 a 55 casos en 1995 según el registro nacional del cáncer en niños de 1 a 4 años y de 132 en 1980 a 68 en niños de 5 a 14 años (3-7).

En la infancia existen signos y síntomas de alarma que nos hacen pensar en la posibilidad de una enfermedad maligna la cual debemos descartar lo más rápido posible, dentro de ellas tenemos; las adenopatías y lesiones palpables sin otra sintomatología, a cualquier nivel. Teniendo en cuenta lo que planteamos anteriormente y el aumento de la mortalidad por estas patologías con relación a otras enfermedades se hace necesario realizar el diagnóstico precoz de las mismas para elevar la supervivencia y en muchos casos lograr la curación de estos pacientes (4-7).

Dentro de los medios diagnósticos con que contamos para lograr este propósito está la biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF), que tiene como objetivo obtener material diagnóstico para estudio citológico de órganos que normalmente no decaman células y nos orienta sobre la naturaleza benigna o maligna de estas lesiones (8,9).

Esta citología es bastante efectiva en Ganglios Linfáticos en la que está indicada como proceder diagnóstico en pacientes con adenopatía persistente, jugando un papel importante la enfermedad de Hodking, en su estadificación y para pesquizaje de posibles recidivas, también en partes blandas permite el diagnóstico diferencial entre lesiones inflamatorias y neoplasias y en caso de tumores, de naturaleza benignas y malignas (8,9).

Considerando esta técnica inocua como orientadora y en ocasiones diagnósticas, sobre todo en adenopatías persistentes y tumores de partes blandas, quisimos realizar un estudio que comenzamos en 1997 hasta marzo del 2006 con niños ingresados o atendidos por consulta de oncopediatria de la provincia tratando de detectar en estadios iniciales la enfermedad maligna u orientarnos en el tratamiento de las mismas, si el diagnóstico fuera una enfermedad inflamatoria (10-12).

Materiales y Método

Se realizó una investigación longitudinal retrospectiva en el período comprendido desde marzo de 1997 hasta marzo del 2006 en el Hospital Provincial Antonio Luaces Iraola para valorar la utilidad de las BAAF en el diagnóstico diferencial de las adenopatías y lesiones palpables en la edad pediátrica. El universo estuvo constituido por los 144 pacientes a los cuales se les realizó estudio de biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) como indicación para completar el estudio de adenopatías crónicas y lesiones palpables.

Los datos se recogieron del libro de BAAF del departamento de Anatomía Patológica y de los pacientes a los cuales se les indicó esta técnica obteniéndose las siguientes variables.

Edad: se determinaron los diferentes grupos de edades

Menos de 12 meses.

De 1 a 4 años

De 5 a 14 años.

La raza fue considerada como:

Blanca.

Negra

Mestiza.

El Sexo se determinó como:

Femenino.

Masculino

Localización anatómica.

Ganglios Linfáticos Cervicales y Axilares.

Otros Ganglios Linfáticos.

Otras localizaciones.

Resultados de la BAAF.

Adenitis crónicas.

Hiperplasia Linfoide Reactiva.

Adenopatía abcedada.

Quiste Epidermoide.

Quiste Braquial.

Tumor.

No útil para diagnóstico

Resultados del tratamiento quirúrgico en caso de haberlo realizado.

Diagnóstico citológico de BAAF.

Diagnóstico Anatomopatológico.

Diagnóstico confirmado o no

La información se recogió de forma manual y los datos se presentaron en forma de tabla, la medida utilizada fue el porciento. Se revisó la bibliografía nacional e internacional

Análisis y Discusión de los Resultados

En la tabla número 1 se clasifica por grupos de edades los niños a los cuales se le realizó Biopsia por Aspiración con Aguja Fina (BAAF), correspondiéndole el mayor número de casos a la edad escolar de 5 a 15 años con 93 pacientes para un 64,6. Esto tiene relación con otros estudios donde en estas edades las patologías infecciosas son frecuentes dejando en muchas ocasiones lesiones palpables crónicas como las adenopatías (1-3).

Relacionando el sexo con los grupos de edades podemos observar que el masculino fue el más frecuente en los niños en edad preescolar y escolar con 26 casos para un 59,1 y 61 casos con un 65,6 descrito en la tabla número 2. Esto debe tener relación con nuestra población que es predominante masculina ya que no encontramos significación al respecto ni bibliografía donde fuera descrito el sexo masculino como los que más adenopatías o lesiones palpables se les diagnosticaron en estas edades se pudiera pensar que esto ocurre debido a que los varones son más osados que las hembras y asumen más situaciones de riesgo que pueden infectar diferentes lesiones y producir adenopatías, aunque no encontramos estudios al respecto.

Como se demuestra en la bibliografía revisada las lesiones palpables son encontradas con mayor frecuencia en los ganglios linfáticos cervicales (no se especifica cadenas) con 119 pacientes y el 82,6 %. Seguido de otras lesiones en otras regiones con 8,5 y 7 casos, le siguen en orden de frecuencia otros ganglios linfáticos que por lo general no se prefieren para este proceder cuando existen varias adenopatías en diferentes regiones (2,4,5,11-15) la BAAF se realiza en caso de que existan múltiples adenopatías sobre todo en las adenopatías cervicales y laterales por ser las que mejor se pueden estudiar, son menos traumáticas y por lo general los procesos oncoproliferativos linfáticos son más frecuentes en esta región anatómica lo que no quita que en una adenopatía solitaria dura y adherida a planos profundos en otra región no se le realice el examen y se piense en esta patología, también las adenopatías supraescapulares son siempre del criterio de BAAF, por los procesos respiratorios que puede n representar ya sean malignos o infecciosos (4,11-15).

Considerando que los niños y jóvenes responden con hiperplasia linfoide ante los estímulos inmunológicos; nuestro estudio coincide con estas investigaciones realizadas, ya que de nuestro universo se diagnosticó desde el punto de vista citológico 101 pacientes con Adenitis Crónica Inespecífica y 9 con Hiperplasia Linfoide, correspondiendo a estos resultados 110 pacientes de los 144 casos a los que se le realizó la BAAF (4,11-15).

Al comparar la positividad de la BAAF con la confirmación anatomopatológica en los casos que recibieron tratamiento quirúrgico, encontramos que sólo en un caso de tumor no se corroboró el diagnóstico y en los no útiles el caso operado resulto ser una Hiperplasia de músculo, lo cual nos ayuda a confirmar la utilidad del método (2, 8, 9).

Independientemente de estos resultados estos niños se siguieron por lo menos un año en consulta externa de Oncopediatría cada tres meses pues en los estudios realizados se ha podido ver que una cuarta parte de los pacientes con biopsias ganglionares no útiles en Adenitis Crónica y sobre todo las Hiperplasias Linfoides Reactivas pueden desarrollar una enfermedad relacionada con las manifestaciones que motivaron la indicación de la biopsia y generalmente es un linfoma sobre todo si hay adenopatías en una o más regiones ganglionares y se considera que pueden existir dificultades en

el diagnóstico sobre todo de Linfomas Foliculares e Hiperplasias Linfoides Reactivas por lo que estos niños se deben seguir clínicamente y no se debe dudar en repetir la biopsia si es necesario ya que no es solo las enfermedades malignas las que estamos diagnosticando o tratando de diagnosticar precozmente sino todas aquellas enfermedades que en el transcurso de su desarrollo pueden comenzar con un síndrome adénico y luego desarrollar la enfermedad como tal (2-4,10). No se les realizó el diagnóstico anatomopatológico a las abscesadas y no se pudieron comparar las no útiles.

Abstract

A retrospective longitudinal study of 144 patients that were admitted or were attended in outpatient dispensaries with adenopathies and palpable injuries to whom a needle biopsy was done within the general study for the diagnosis trying to discard the benignity or malignancy of these injuries. 93 patients of the total had school age (5-15 years) for a 64.6%. Male sex prevailed in preschool age (1-4 years) and school age (5-14) with 26 and 61 cases for a 59.1 and 65.5% respectively. The cervical ganglia were the most affected with palpable injuries in the 82.6% with 119 followed by other palpable injuries with 12 patients by the 8.5%. 114 cases were diagnosed with unspecific chronic adenitis, 10 with reactive lymphoid hyperplasia. In only one patient in needle biopsy was diagnosed with Hodgkin tumor and surgical treatment did not confirm it. All of them were followed in oncopediatric office and tumors were referred. Needle biopsy is an innocuous procedure that will done diminish the risk and time of diagnosis.

Conclusiones

La edad escolar predominó en nuestro estudio además del sexo masculino.

La Adenitis Crónica inespecífica de región cervical fue el diagnóstico citológico que predominó y el mismo fue confirmado en todos los pacientes con este diagnóstico que recibieron tratamiento quirúrgico después del resultado de la BAAF.

Solamente en un paciente no se correspondió el resultado de la BAAF con el del tratamiento quirúrgico.

Recomendaciones

Continuar nuestro estudio en años posteriores con la misma técnica diagnóstica ya que es un método confiable, sencillo, inocuo y de bajo costo para el diagnóstico rápido de lesiones tumorales en diferentes órganos.

Referencias Bibliograficas

1. William MC. Neoplasia y tumores. En: Nelson WE. Tratado de Pediatría. 15ª ed. Ciudad de la Habana: MINSAP; 1998. p.1801-1806.
2. Longchong RM. Oncología pediátrica. En: Colectivo de Autores. Colección de Pediatría. 1ª ed. Ciudad de la Habana: Pueblo y Educación; 1997. p. 55-63.
3. Carrera RO. Cáncer Autoayuda. 1ª ed. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 1996.
4. Oliva PM. Manual de oncopediatria. 1ª ed. Camaguey: Centro Gráfico de Reproducciones; 2001.
5. Unión Internacional Contra el Cáncer (Homepage en Internet) 2006 (Citado 2006 May 10) Disponible en: <http://www.vicc.org>
6. William MC. Tumores sólidos infantiles. En: Colectivo de Autores. Oncología clínica. 2da ed. Washington: OPS; 1996. p. 587-599.
7. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadísticas. Mortalidad infantil en menores de 15 años. Ciudad de la Habana: MINSAP; 2004.
8. Robbins: Patología estructural y funcional. 6ª ed. Madrid: McGraw Hill Interamericana; 2000.
9. Koss WO. Biopsia por Aspiración. Interpretación Lógica y Bases Histológicas. 6ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2003.
10. Danta MC, Grau Abalo J, Chacon RM, Pire Stuart MC. Calidad de vida. En: Oncopediatría: problema y reto. Rev Cubana Oncol. 2000; 16(2).
11. Cruz O. Diagnóstico diferencial de las adenopatías. En: Cruz M. Tratado de Pediatría. 8va ed. Madrid: ERGON; 2001. p. 1455-1458.

12. Verdecia CC, Portugués DA. Valor de la biopsia en el diagnóstico de los tumores renales en la infancia. Rev Cubana Pediatr. 2004; 76(3).
13. Cruz O. Diagnóstico diferencial de las adenopatías. En: Cruz M. Manual de Pediatría. 1ª ed. Madrid: ERGON; 2003. p.674-679.
14. Evans MJ, Smith RM. Atypical micobacteryl lymphadenitis in childhood. J Clin Pathol. 1998; 51: 925-927.
15. Nelly CS, Nelly RE. Lymphoadenopathy in children. Ped Clin NA. 1999; 45:875-888.

Anexos

Tabla 1: Distribución por edad de los pacientes estudiados.

| Grupos de Edades | Número de casos | Por ciento |
|------------------|-----------------|------------|
| 0-1 año | 7 | 4.9 |
| 1-4 años | 44 | 30.5 |
| 5-15 años | 93 | 64.6 |
| Total | 144 | 100 |

Tabla 2: Relación del sexo según grupos de edades en los pacientes que se les realizo BAAF

| Grupos de edades | Femenino | % | Masculino | % |
|------------------|----------|------|-----------|------|
| 0-11 meses | 2 | 28.5 | 4 | 71.5 |
| 1-4 años | 18 | 40.9 | 26 | 59.1 |
| 5-15 años | 32 | 34.4 | 61 | 65.6 |
| Total | 52 | 36.1 | 92 | 63.9 |

Tabla 3: Distribución de los pacientes estudiados según localización anatómica.

| Localización anatómica | No. De casos | % |
|---------------------------------|--------------|------|
| Ganglios linfáticos cervicales | 119 | 82.6 |
| Ganglios linfáticos axilares | 6 | 4.1 |
| Otros ganglios linfáticos | 7 | 4.8 |
| Otras localizaciones o lesiones | 12 | 8.5 |
| Palpables | | |
| Total | 144 | 100 |

Tabla 4: Distribución de los pacientes estudiados según relación del diagnóstico citológico con las regiones anatómicas.

| Diagnóstico citológico | Ganglio cervical | Ganglio axilar | Otros ganglios | Otras localizaciones |
|-------------------------------|------------------|----------------|----------------|----------------------|
| Adenitis crónica inespecífica | 101 | 6 | 7 | - |
| Hiperplasia linfoide reactiva | 9 | 0 | 0 | 1 |
| Adenopatía abcedada | 2 | 0 | 0 | 2 |
| Quiste Epidermoide | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Quiste braquial | 0 | 0 | 0 | 2 |
| Tumor | 3 | 0 | 0 | 2 |
| No útil para diagnóstico | 4 | 0 | 0 | 4 |
| Total | 119 | 6 | 7 | 12 |

Tabla 5: Distribución de los pacientes estudiados según la relación diagnóstico citológico con el diagnóstico anatomopatológico.

| Lesión | Diagnóstico citológico (BAFF) | Diagnóstico anatomopatológico | Diagnóstico conformado |
|-------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| Adenitis crónica inespecífica | 114 | 20 | 20 |
| Hiperplasia linfoide reactiva | 10 | 3 | 3 |
| Quiste epidermoide | 1 | 1 | 1 |
| Quiste braquial | 2 | 2 | 2 |
| Tumor | 5 | 5 | 4 |
| Total | 132 | 31 | 30 |