



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE POSTGRADO



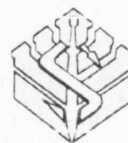
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA Y PUERICULTURA  
HOSPITAL GENERAL NACIONAL "DR. ÁNGEL LARRALDE"

**CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES CON  
SÍNDROME ADENOMEGÁLICO EN EDADES PEDIÁTRICAS  
DEL SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA**

Trabajo Especial de Grado presentada a la Universidad de Carabobo  
como requisito para optar al título de Especialista en  
Pediatría y Puericultura

Autor: Roxana Arana  
Tutor Clínico: Dra Yajaira Aguilar  
Tutor metodológico: Prof. Amílcar Pérez

**Mayo 2025**



## ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

### CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES CON SÍNDROME ADENOMEGÁLICO EN EDADES PEDIÁTRICAS DEL SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA.

Presentado para optar al grado de **Especialista** en **PEDIATRÍA Y PUERICULTURA** por el (la) aspirante:

**ARANA S., ROXANA C**  
C.I. V.- 23.602.568

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Yajaira Aguilar., titular de la C.I V- 7.033.005, decidimos que el mismo está **APROBADO**

Acta que se expide en valencia, en fecha: **21/05/2025**

**Prof. Yajaira Aguilar**  
C.I. 7033005  
Fecha 21/05/25

TEG: 33-25

**Prof. Ruth Salas**  
(Pdte)

C.I. 11.809.510  
Fecha 21/05/2025



**Prof. Fanny Vivas**  
C.I. 8786588  
Fecha 21/05/25

ACTA DE CONSTITUCIÓN DE JURADO Y DE APROBACIÓN DEL TRABAJO

Quienes suscriben esta Acta, Jurados del Trabajo Especial de Grado titulado: **CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES CON SÍNDROME ADENOMEGÁLICO EN EDADES PEDIÁTRICAS DEL SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA.** Presentado por el (la) ciudadano (a): **ARANA S., ROXANA C.**, titular de la cédula de identidad N° **V.- 23.602.568**, Nos damos como constituidos durante el día de hoy: 05/05/2025 y convenimos en citar al alumno para la discusión de su Trabajo el día: 21/05/2025.

RESOLUCIÓN

Aprobado: X Fecha: 21/05/2025. \*Reprobado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_.

Observación: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

  
Presidente del Jurado  
Nombre: Ruth Salas  
C.I. 11.809.510

  
Miembro del Jurado  
Nombre: Dra. Aquiles Yajaire  
C.I. 7033005

  
Miembro del Jurado  
Nombre: Fanny UIVS  
C.I. 8786588

**Nota:**

1. Esta Acta debe ser consignada en la Dirección de Asuntos Estudiantiles de la Facultad de Ciencias de la Salud (Sede Carabobo), inmediatamente después de la constitución del Jurado y/o de tener un veredicto definitivo, debidamente firmada por los tres miembros, para agilizar los trámites correspondientes a la elaboración del Acta de Aprobación del Trabajo.
2. En caso de que el Trabajo sea reprobado, se debe anexar un informe explicativo, firmado por los tres miembros del Jurado.

/Fjmr

## **DEDICATORIA**

A mi familia, por ser el pilar de mi vida, quienes con amor, sacrificio y guía incondicional me enseñaron a creer en mis sueños y luchar por ellos, por su apoyo constante y por recordarme siempre el valor de la unión y la perseverancia.

A mis mentores, en especial a la Dra. Yajaira Aguilar y al Prof. Amílcar Pérez, por compartir su sabiduría, por ser fuente de inspiración y por confiar en mí durante este camino lleno de retos y aprendizajes.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, por ser mi guía y mi fortaleza. Por darme la vida, salud y sabiduría para recorrer este camino lleno de aprendizajes y desafíos. Por cada bendición, por la fe que me sostuvo en los momentos difíciles y por rodearme de personas extraordinarias que me inspiraron y apoyaron a lo largo de esta etapa.

A mi familia, por ser mi base y mi mayor motivación. A mis padres, por su amor incondicional, por enseñarme el valor del esfuerzo y por ser mi refugio en los días de incertidumbre.

A mis tutores por compartir su conocimiento y experiencia, por su paciencia y orientación, y por ser una fuente constante de inspiración profesional y personal.

A mis compañeros de especialización, quienes se convirtieron en una familia en estos tres años de aprendizaje conjunto.

A mis colegas y al personal del Hospital General Nacional Dr. Ángel Larralde, por su dedicación, profesionalismo y el ejemplo constante de compromiso con la pediatría y la atención al paciente.

Gracias a cada uno de ustedes por ser parte de este logro. Este trabajo no es solo mío, sino de todos los que, de una manera u otra, me ayudaron a hacerlo posible.

## ÍNDICE GENERAL

|                               | Pág. |
|-------------------------------|------|
| Resumen                       | V    |
| Abstract                      | VI   |
| Introducción                  | 1    |
| Materiales y Métodos          | 10   |
| Resultados                    | 11   |
| Discusión                     | 16   |
| Conclusiones                  | 18   |
| Recomendaciones               | 19   |
| Referencias Bibliográficas    | 20   |
| Anexo A Permiso Institucional | 22   |
| Anexo B Ficha de Registro     | 23   |



UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DIRECCIÓN DE POSTGRADO



PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA Y PUERICULTURA  
HOSPITAL GENERAL NACIONAL “DR. ÁNGEL LARRALDE”

**CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLOGICA DE PACIENTES CON  
DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME ADENOMEGÁLICO EN EDADES  
PEDIÁTRICAS DEL SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL  
GENERAL NACIONAL DR. ÁNGEL LARRALDE.**

Autor: Roxana Arana  
Tutor Clínico: Dra Yajaira Aguilar  
Tutor metodológico: Prof. Amílcar Pérez  
**Año 2024**

**RESUMEN**

El Síndrome adenomegálico es una condición común en pacientes pediátricos que se caracteriza por la inflamación de los ganglios linfáticos, suele ser causado por infecciones virales o bacterianas y un porcentaje significativo puede estar asociado con otras enfermedades sistémicas o con ciertos tipos de cáncer. **Objetivo General:** Caracterizar clínica y epidemiológicamente a los pacientes menores de 14 años con Síndrome Adenomegálico atendidos en el Servicio de Hemato-Oncología Pediátrica del Hospital General Nacional Dr. Ángel Larralde en el periodo 2023 – 2024 **Materiales y métodos:** se trató una investigación de tipo observacional – descriptivo, de corte transversal y retrospectivo. La muestra fue de tipo no probabilística deliberada conformada por 37 pacientes menores de 14 años que han sido diagnosticados con Síndrome adenomegálico durante el periodo de estudio. La información fue recopilada mediante la revisión documental y como instrumento se utilizó una ficha de registro. Los resultados fueron presentados en distribuciones de frecuencias. **Resultados:** El 59,46% de los pacientes pertenecía al grupo de escolares (22 casos), seguido de preescolares con un 27,03% (10 casos), destacando la prevalencia en escolares.

**Palabras Clave:** Síndrome adenomegálico, epidemiología, aspectos clínicos, tratamiento

**Línea de Investigación:** Hemato-Oncología.





UNIVERSITY OF CARABOBO  
FACULTY OF HEALTH SCIENCES  
POSTGRADUATE DIRECTION



SPECIALIZATION PROGRAM IN PEDIATRICS AND CHILD CULTURE  
NATIONAL GENERAL HOSPITAL "DR. "ANGEL LARRALDE"

**CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERIZATION OF PEDIATRIC  
PATIENTS DIAGNOSED WITH ADENOMEGALY SYNDROME IN THE  
HEMATO-ONCOLOGY SERVICE OF THE DR. ÁNGEL LARRALDE GENERAL  
NATIONAL HOSPITAL.**

Author: Roxana Arana  
Clinical Tutor: Dra Yajaira Aguilar  
Methodological Tutor: Prof. Amílcar Pérez  
**Año 2024**

**Abstract**

Adenomegalic Syndrome is a common condition in pediatric patients, characterized by lymph node inflammation. It is usually caused by viral or bacterial infections, and a significant percentage may be associated with other systemic diseases or certain types of cancer. **General Objective:** To clinically and epidemiologically characterize patients under 14 years old with Adenomegalic Syndrome treated at the Pediatric Hemato-Oncology Service of the Dr. Ángel Larralde National General Hospital during 2023-2024. **Materials and Methods:** This was an observational-descriptive, cross-sectional, and retrospective study. A non-probabilistic deliberate sample of 37 patients under 14 years old diagnosed with Adenomegalic Syndrome during the study period was analyzed. Data were collected through document review using a registration form as an instrument. **Results:** Frequency distributions showed that 59.46% of patients were school-aged children (22 cases), followed by preschool-aged patients at 27.03% (10 cases), highlighting a higher prevalence in school-aged children.

**Keywords:** Adenomegalic syndrome, epidemiology, clinical aspects, treatment  
**Research Line:** Hemato-Oncology



## INTRODUCCIÓN

El Síndrome adenomegálico es una condición médica que se caracteriza por la presencia de adenopatías, es decir, la inflamación de los ganglios linfáticos, en pacientes pediátricos. Los ganglios linfáticos son pequeñas estructuras que forman parte del sistema linfático, un componente esencial del sistema inmunológico. Su función principal es filtrar y eliminar sustancias extrañas, como bacterias, virus y células anormales, del organismo. <sup>(1)</sup>

El Síndrome adenomegálico en pacientes pediátricos es un tema de gran relevancia en el campo de la pediatría y la medicina en general. La incidencia de esta condición ha despertado un creciente interés debido a su impacto en la salud de los niños y a la necesidad de comprender mejor sus características clínicas y factores de riesgo asociados. <sup>(2)</sup>

En términos de incidencia, se ha observado que el Síndrome adenomegálico es más común en niños que en niñas, y su prevalencia tiende a disminuir con la edad. Se ha observado una mayor incidencia en niños menores de 5 años, lo que puede atribuirse a la inmadurez del sistema inmunológico en esta etapa de la vida. <sup>(1,2)</sup> La adenomegalia en niños puede ser causada por una variedad de factores, que incluyen infecciones bacterianas, virales y parasitarias, enfermedades autoinmunes, y neoplasias malignas como linfomas y leucemias. Estudios previos han demostrado que, aunque la mayoría de los casos de adenomegalia en pediatría son benignos, un pequeño pero significativo porcentaje puede representar enfermedades graves. <sup>(2)</sup>

La adenomegalia es una presentación clínica común en la población pediátrica. Sin embargo, su manejo y pronóstico varían considerablemente dependiendo de la etiología subyacente. En el contexto oncológico, la identificación precoz de enfermedades malignas es vital para mejorar los resultados terapéuticos y la supervivencia a largo plazo. <sup>(2)</sup>

La presentación clínica del Síndrome adenomegálico puede variar dependiendo de la causa y la ubicación de los ganglios inflamados. En muchos casos, los ganglios linfáticos afectados se encuentran en el cuello, la axila o la ingle. Los síntomas más comunes incluyen dolor o sensibilidad en los ganglios inflamados, aumento de tamaño de los ganglios, enrojecimiento y calor en el área afectada. <sup>(3)</sup>

Además, algunos pacientes pueden experimentar fiebre, malestar general, fatiga y pérdida de peso. En cuanto a las características clínicas más comunes asociadas a las adenopatías tenemos el tamaño, las adenopatías pueden variar en tamaño, desde pequeñas y palpables hasta grandes y fácilmente visibles o palpables. El tamaño puede ser un indicador de la gravedad o cronicidad de la afección subyacente. Consistencia: La consistencia de las adenopatías puede ser variable y puede proporcionar información sobre la causa. Por ejemplo, las adenopatías blandas y móviles suelen ser características de infecciones benignas, mientras que las adenopatías duras y adheridas a estructuras adyacentes pueden ser indicativas de enfermedades malignas. <sup>(3)</sup>

Cabe mencionar que las adenopatías de origen maligno en muchos casos pueden ser indoloras o solo causar molestias leves. Sin embargo, en ciertas condiciones, como las infecciones bacterianas o la inflamación aguda, las adenopatías pueden ser dolorosas al tacto o incluso causar dolor espontáneo. La localización de las adenopatías puede aparecer en diferentes regiones del cuerpo, dependiendo de la ubicación de los ganglios linfáticos afectados. <sup>(3)</sup>

Aparición de otros síntomas además del agrandamiento de los ganglios linfáticos, las adenopatías pueden estar acompañadas de otros síntomas, que pueden variar según la causa. Estos síntomas pueden incluir fiebre, fatiga, pérdida de peso, sudoración nocturna, dolor de garganta, erupciones cutáneas u otros síntomas sistémicos. <sup>(3)</sup>

Las adenopatías, que son el hallazgo clínico característico del Síndrome adenomegálico, pueden tener diversas causas. Entre las más frecuentes se encuentran las infecciones virales, como la mononucleosis infecciosa, la rubéola y el virus del herpes simple. Las infecciones bacterianas, como la faringitis estreptocócica y la tuberculosis, también pueden ser desencadenantes de la inflamación de los ganglios linfáticos. <sup>(3)</sup>

El Síndrome adenomegálico en pacientes pediátricos puede estar asociado con diversas enfermedades neoplásicas entre ellas las más frecuentes son los Linfomas, estos son neoplasias malignas que afectan a los linfocitos, un tipo de célula del sistema inmunológico. En los niños, los linfomas más comunes son el linfoma de Hodgkin y el linfoma no Hodgkin. Estas enfermedades pueden presentar adenopatías como uno de sus principales síntomas, junto con otros signos como fiebre, pérdida de peso y sudoración nocturna. Asimismo, las leucemias son neoplasias malignas de las células precursoras de la sangre, principalmente los leucocitos. En los niños, la leucemia más frecuente es la leucemia linfoblástica aguda (LLA). Si bien las adenopatías no suelen ser un síntoma inicial en la LLA, pueden estar presentes en etapas avanzadas de la enfermedad. Otros síntomas pueden incluir fatiga, palidez, fiebre, pérdida de peso y equimosis fácil. <sup>(4)</sup>

Las adenopatías pueden estar presente en el neuroblastoma, el cual se define como un tumor sólido que se desarrolla en las células nerviosas embrionarias del sistema nervioso simpático. Puede presentarse en niños pequeños y manifestarse con una masa abdominal, acompañada o no de adenopatías. Otros síntomas pueden incluir dolor abdominal, pérdida de peso y síntomas relacionados con la compresión de estructuras adyacentes. <sup>(4)</sup>

Es importante tener en cuenta que la presencia de adenopatías no siempre indica la presencia de una enfermedad neoplásica, las infecciones crónicas,

enfermedades autoinmunes y trastornos inflamatorios, siguen siendo la causar más frecuente de inflamación de los ganglios linfáticos en pacientes pediátricos. <sup>(4)</sup>

El diagnóstico del Síndrome adenomegálico se basa en la evaluación clínica del paciente, que incluye la revisión de los antecedentes médicos y la realización de un examen físico detallado. En casos sospechosos, pueden ser necesarios estudios complementarios como análisis de sangre, radiografías, ecografías o incluso biopsias de los ganglios linfáticos afectados. <sup>(4)</sup>

El diagnóstico preciso es fundamental para determinar la causa subyacente y establecer un plan de tratamiento adecuado.<sup>(5)</sup> Por lo que se debe obtener información detallada sobre los síntomas del paciente, como la duración de las adenopatías, su evolución y cualquier síntoma asociado, como fiebre, pérdida de peso o malestar general. <sup>(5)</sup> De igual forma hay que Indagar sobre antecedentes de infecciones recientes, enfermedades autoinmunes y neoplasias en la familia. <sup>(5)</sup> Se debe realizar un examen físico completo, prestando especial atención a los ganglios linfáticos afectados. Evaluar su tamaño, consistencia, movilidad, sensibilidad, temperatura local y posible afectación de otros sistemas.<sup>(5)</sup> Realizar un hemograma completo, incluyendo recuento de glóbulos blancos y diferencial. Evaluar los marcadores inflamatorios, como la velocidad de sedimentación globular (VSG) y la proteína C reactiva (PCR).<sup>(6)</sup> Realizar pruebas específicas según los hallazgos clínicos y la sospecha diagnóstica, como serologías virales o pruebas de función hepática y renal. <sup>(6)</sup>

En casos seleccionados, se puede indicar una ecografía de los ganglios linfáticos afectados para evaluar su tamaño, forma y características internas. Esto puede ayudar a diferenciar entre ganglios linfáticos benignos e infiltración neoplásica. Si se sospecha una afectación sistémica o se requiere una evaluación más detallada, se pueden realizar estudios de imagen adicionales, como radiografías, tomografías computarizadas (TC) o resonancias magnéticas (RM). Si persiste la incertidumbre diagnóstica o se sospecha una neoplasia, se puede realizar una

biopsia de los ganglios linfáticos afectados. La biopsia puede ser por aspiración con aguja fina (BAAF) o biopsia excisional, dependiendo de las características clínicas y radiológicas.<sup>(6)</sup>

El tratamiento del Síndrome adenomegálico depende de la causa subyacente y la gravedad de los síntomas.<sup>(6)</sup> Es importante destacar que, en algunos casos, especialmente cuando las adenopatías persisten o se asocian con síntomas graves, o se sospecha de enfermedad sistémica o cáncer puede ser necesario un manejo multidisciplinario el seguimiento con especialistas, como infectólogos o hematólogos pediátricos, para un manejo más completo y especializado.<sup>(7)</sup>

Es importante destacar que el pronóstico del Síndrome adenomegálico en pacientes pediátricos suele ser favorable. En la mayoría de los casos, la inflamación de los ganglios linfáticos disminuye gradualmente a medida que el sistema inmunológico combate la infección o resuelve la causa subyacente. Sin embargo, en situaciones más complejas o cuando se asocia con enfermedades crónicas, el seguimiento médico regular y la evaluación cuidadosa son fundamentales para asegurar la recuperación completa del paciente.<sup>(8)</sup>

En conclusión, el Síndrome adenomegálico es una condición común en pacientes pediátricos que se caracteriza por la inflamación de los ganglios linfáticos. Si bien suele ser causado por infecciones virales o bacterianas, un porcentaje significativo puede estar asociado con otras enfermedades sistémicas o con ciertos tipos de cáncer. En pacientes pediátricos es una condición médica caracterizada por la inflamación de los ganglios linfáticos. Su incidencia y las características clínicas asociadas requieren una atención adecuada por parte de los profesionales de la salud, con el fin de establecer un diagnóstico preciso y un tratamiento apropiado. La comprensión de los factores de riesgo, los mecanismos subyacentes y las opciones terapéuticas es fundamental para mejorar la atención y el manejo de esta condición en la población pediátrica. El diagnóstico preciso y el manejo

adecuado son esenciales para garantizar una atención médica de calidad y la pronta recuperación de los pacientes afectados.<sup>(9)</sup>

Según estudios realizados en el año 2018 en Chile, por Jiménez T titulado Pontificia Universidad Católica de Chile: ¿Cuáles son los predictores de malignidad en adenopatías en niños? cuyo objetivo general fue Resaltar la importancia de la caracterización adecuada de las adenopatías y promover el diagnóstico precoz y la derivación oportuna de los pacientes a centros especializados y mejorar la atención médica de las personas con adenopatías, permitiendo una intervención temprana que reduzca la morbimortalidad. En cuanto a sus aspectos relevantes se destaca la importancia de un diagnóstico temprano y la derivación rápida a un centro especializado pueden reducir la morbimortalidad asociada a estas anomalías en los ganglios linfáticos. Y la existencia de características clínicas o de laboratorio que podrían predecir la malignidad en las adenopatías.<sup>(10)</sup>

Castañeda Narváez JL, Narro MEs, Fortes S. en enero de 2020 Realizan estudio cuyo objetivo es proporcionar una visión general de la adenitis cervical en la infancia, centrándose en su etiología, características clínicas y opciones de tratamiento, así como identificar las causas más frecuentes de adenitis cervical, tanto en casos agudos como subagudos/crónicos, y resaltar la importancia de las pruebas complementarias en determinadas situaciones clínicas. Las adenitis cervicales unilaterales pueden ser reactivas a procesos infecciosos, generalmente bacterianos, del área ORL (absceso periamigdalino o cervical profundo, otitis/mastoiditis, infecciones dentales) o ser consecuencia de la infección bacteriana de la propia adenopatía (adenitis infecciosa).<sup>(12)</sup>

En 2020 Georgeta L. Stanescu, Gigi C. Lancu Emil Pleea y cols llevo a cabo estudio de investigación titulado Adenopatías Periféricas en niños: un intento de perfil morfológico clínico cuyo objetivo general es evaluar las adenopatías periféricas en una serie de niños hospitalizados para identificar y definir perfiles

clínicos y morfológicos de diferentes tipos de enfermedades ganglionares. Dentro de sus aspectos relevantes se evidencio que los pacientes con lesiones localizadas en una sola zona del LN fueron los más numerosos y fueron más frecuentemente niños que niñas, en la mayoría de los casos mayores de seis años. Las lesiones eran más a menudo múltiples y se ubicaban más bien en el lado derecho de la región del cuello.<sup>(13)</sup>

Por su parte Pecora F, Abate L, y cols. En agosto 2021 realizan estudio titulado Manejo de la linfadenitis infecciosa en niños cuyo objetivo es discutir el abordaje del diagnóstico y manejo de las linfadenitis infecciosas en niños, centrándose en las características de los principales agentes infecciosos involucrados en la edad pediátrica. Aunque el agrandamiento de los ganglios linfáticos en los niños suele ser benigno y autolimitado, es importante excluir una etiología maligna. En los recién nacidos, la linfadenopatía podría sugerir una infección de transmisión vertical (es decir, toxoplasmosis, CMV, VIH) o inmunodeficiencias primarias.<sup>(11)</sup>

Asimismo, más reciente en el año 2022 Carson W, K. Mercer, J. Malysz, y cols realizaron un estudio con la finalidad de comprender la presentación clínica, los desafíos de diagnóstico y manejo, así como establecer un plan de seguimiento adecuado para pacientes con PTGC (Proliferación del Tejido Linfoide Posinfecciosa o Post-Transplantación). Evaluar la necesidad de biopsia en casos de agrandamiento persistente de los ganglios linfáticos, determinar los intervalos de seguimiento y las estrategias de manejo que minimicen los procedimientos invasivos, pero que permitan una monitorización cercana y efectiva de la enfermedad. Clínicamente, el PTGC demuestra un predominio masculino de 3:1 y es más común en niños que en adultos en los Estados Unidos. El PTGC se observa con mayor frecuencia en biopsias de ganglios linfáticos de pacientes con linfoma de Hodgkin con predominio linfocítico nodular (NLPHL) y el linfoma folicular de tipo pediátrico (PTFL), y el riesgo de desarrollar LHLNP es ligeramente mayor en pacientes con LPHL. No hay pruebas claras disponibles con respecto al



riesgo de que los niños con linfadenopatía generalizada con PTGC desarrollen malignidad como linfoma en el futuro.<sup>(14)</sup>

Recientemente en Venezuela en el año 2022, Caro-Cordero LM y Estrella-Durán EE, de la Universidad Central de Venezuela (UCV), realizaron un estudio para la Incidencia Oncológica en Linfadenopatía Pediátrica. Cuyo objetivo era caracterizar la incidencia oncológica en la linfadenopatía pediátrica en pacientes que acudieron al servicio de cirugía en el hospital pediátrico “Dr. José Manuel de los Ríos” durante el periodo 2014-2018. Se incluyeron a 39 pacientes, la edad promedio fue de  $9,2 \pm 3,8$  años, la evolución de la linfadenopatía en promedio fue de 14,1 meses, el sexo masculino fue el más frecuente (61,5%). La incidencia oncológica de la linfadenopatía pediátrica fue del 35,9%. La mayoría de los preescolares presentaron una etiología no tumoral (88,9%), mientras que en el grupo de adolescentes predominó la tumoral (58,3%) sin diferencia estadísticamente significativas ( $p=0,07$ ). No hubo una asociación estadísticamente significativa ( $p=0,74$ ) en cuanto a la etiología de la linfadenopatía pediátrica versus el sexo. Los antecedentes más frecuentes fueron la infección por citomegalovirus y el virus de Epstein-Barr. La mayoría de la linfadenopatía fue de la región cervical (92,3%) en el que el 61,5% fue de etiología no tumoral, seguido del linfoma de Hodgkin con 12,8%, asociación que fue estadísticamente significativa por región anatómica ( $p=0,01$ ). Se encontró una alta incidencia de linfadenitis cervical oncológica, siendo el linfoma de Hodgkin el más frecuente. La linfadenopatía oncológica fue más usual en los adolescentes y en el sexo masculino. la ubicación más común fue la cervical.<sup>(15)</sup>

En el Hospital General Nacional Dr. Ángel Larralde, un estudio llevado a cabo entre 2015 y 2022, Loreto A., describió el perfil clínico-histopatológico de 26 pacientes pediátricos con linfadenopatías sometidos a biopsia ganglionar excisional en el Servicio de Cirugía Pediátrica. La edad media fue de 6,2 años, con igual proporción de varones y niñas, y el 84,5 % presentó adenopatías cervicales localizadas. Los síntomas más frecuentes fueron fiebre (58,5 %) y dolor abdominal

(12 %). El análisis histológico reveló que el 73 % de las muestras correspondía a procesos benignos (linfadenitis reactiva crónica o aguda) y el 26,9 % a malignidad, principalmente linfoma de Hodgkin (19,2 %). La biopsia excisional alcanzó un rendimiento diagnóstico del 88,4 % y presentó complicaciones menores en el 4 % de los casos.<sup>(16)</sup>

Por todo lo anteriormente expuesto se estableció como Objetivo General del presente estudio: Caracterizar clínica y epidemiológicamente a los pacientes menores de 14 años con Síndrome Adenomegálico atendidos en el Servicio de Hemato-Oncología Pediátrica del Hospital General Nacional Dr. Ángel Larralde en el periodo 2023 – 2024.<sup>(15)</sup>

Por lo cual se establecieron los siguientes Objetivos específicos: Describir las características epidemiológicas de los pacientes pediátricos con adenomegalias (Edad, genero, procedencia y estrato socioeconómico); Identificar las manifestaciones clínicas iniciales de los pacientes pediátricos con adenomegalias. Caracterizar las adenopatías (tamaño, consistencia y localización) de los pacientes pediátricos en estudio. Determinar los hallazgos paraclínicos de los pacientes con adenomegalia. Conocer el manejo terapéutico en los pacientes pediátricos con adenopatía. Relacionar diagnóstico clinicopatológico según el grupo etario.<sup>(15)</sup>

## **MATERIALES Y METODOS**

Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo; se trató una investigación de tipo observacional – descriptivo, de corte transversal y retrospectivo. La población estuvo representada por todos aquellos pacientes atendidos en el Servicio de Hemato-Oncología Pediátrica del HNG Dr. Ángel Larralde durante el periodo de estudio 2023-2024.

La muestra fue de tipo no probabilística deliberada conformada por 37 pacientes menores de 14 años que han sido diagnosticados con Síndrome adenomegálico durante el periodo de estudio. Se solicitó la correspondiente permisología a la dirección de docencia del Hospital general Nacional Dr. Ángel Larralde (Ver Anexo A) para luego proceder a la recolección de la información, para lo cual se utilizó la revisión documental de los registros médicos, informes de laboratorio y otros documentos que aporten información sobre las características de los pacientes, los factores de riesgo, las características clínicas, los métodos de diagnóstico y los tratamientos utilizados. Como instrumento se utilizó una ficha de registro (Ver Anexo B)

Una vez recolectados los datos fueron vaciados en una tabla maestra diseñada en Microsoft®Excel, para luego ser organizados, presentados y analizados mediante las técnicas estadísticas descriptivas mediante distribuciones de frecuencias (absolutas y relativas). Todo fue realizado mediante el procesador estadístico SPSS en su versión 18 (software libre).

## RESULTADOS

Se incluyeron 37 pacientes con diagnóstico de Síndrome Adenomegálico atendidos en el Servicio de Hemato-Oncología Pediátrica del Hospital General Nacional “Dr. Ángel Larralde” de los cuales la mayoría pertenecía al grupo de escolares, representando un 59,46% (22 casos), seguidos por los pacientes preescolares con un 27,03% (10 casos).

Características epidemiológicas de los pacientes pediátricos con adenomegalias. Servicio de Hemato-Oncología Pediátrica del Hospital General Nacional Dr. Ángel Larralde en el periodo 2023 – 2024. **Tabla N° 1:**

| <b>Grupo etéreo</b> | <b>F</b>  | <b>%</b>   |
|---------------------|-----------|------------|
| Lactante            | 1         | 2,70       |
| Pre escolar         | 10        | 27,03      |
| Escolar             | 22        | 59,46      |
| Adolescente         | 4         | 10,81      |
| <b>Sexo</b>         | <b>F</b>  | <b>%</b>   |
| Femenino            | 9         | 24,32      |
| Masculino           | 28        | 75,68      |
| <b>Procedencia</b>  | <b>F</b>  | <b>%</b>   |
| Naguanagua          | 10        | 27,03      |
| Otro Estado         | 10        | 27,03      |
| Guacara             | 6         | 16,22      |
| Valencia            | 6         | 16,22      |
| Los Guayos          | 3         | 8,11       |
| Carlos Arvelo       | 1         | 2,70       |
| Libertador          | 1         | 2,70       |
| <b>Total</b>        | <b>37</b> | <b>100</b> |

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Arana R; 2024)

En cuanto al género fue más frecuente el masculino con un 75,68% (28 casos) frente a femenino (24,32%= 9 casos). Un porcentaje significativo proviene de Naguanagua y otros estados con similar proporción (27,03%= 10 casos por igual), seguidos por Guacara y Valencia (16,22%= 6 casos cada uno).

Manifestaciones clínicas iniciales de los pacientes pediátricos con adenomegalias. Servicio de Hemato-Oncología Pediátrica del Hospital General Nacional Dr. Ángel Larralde en el periodo 2023 – 2024. **Tabla N° 2:**

| <b>Fiebre</b>              | <b>F</b>  | <b>%</b>   |
|----------------------------|-----------|------------|
| Si                         | 28        | 75,68      |
| No                         | 9         | 24,32      |
| <b>Pérdida de peso</b>     | <b>F</b>  | <b>%</b>   |
| Si                         | 22        | 59,46      |
| No                         | 15        | 40,54      |
| <b>Dolor e inflamación</b> | <b>F</b>  | <b>%</b>   |
| Si                         | 22        | 59,46      |
| No                         | 15        | 40,54      |
| <b>Malestar</b>            | <b>F</b>  | <b>%</b>   |
| Si                         | 25        | 67,57      |
| No                         | 12        | 32,43      |
| <b>Evolución</b>           | <b>F</b>  | <b>%</b>   |
| Menos o igual 1 mes        | 18        | 48,65      |
| 1 a 6 meses                | 9         | 24,32      |
| 12 a 24 meses              | 9         | 24,32      |
| 25 a 48 meses              | 1         | 2,70       |
| <b>Total</b>               | <b>37</b> | <b>100</b> |

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Arana R; 2024)

Las manifestaciones clínicas iniciales de los pacientes pediátricos con adenomegalias, destacando que la fiebre fue el síntoma predominante, con un 75,68% (28 casos), seguido del malestar general con un 67,57% (25 casos). en tercer lugar, se presentaron la pérdida de peso (59,46%= 22 casos) y el dolor o inflamación, con similar proporción. En cuanto a la evolución temporal de los síntomas, se evidenció que en el 48,65% de los pacientes los signos aparecieron en un periodo menor o igual a un mes (18 casos).

Las pruebas más utilizadas fueron la serología viral, realizada en el 97,30% de los pacientes (36 casos); en segundo lugar, se realizó el hemograma (94,59%= 35 casos) y en tercer lugar se realizó la ecografía (89,19%= 33 casos). Por otro lado, la radiografía fue empleada en el 56,76% de los pacientes, mientras que procedimientos más invasivos, como la biopsia, se realizaron en el 51,35%, y la tomografía axial computarizada (TAC) en el 40,54%. (Ver tabla n° 3)

Hallazgos paraclínicos de los pacientes pediátricos con adenomegalias. Servicio de Hemato-Oncología Pediátrica del Hospital General Nacional Dr. Ángel Larralde en el periodo 2023 – 2024. **Tabla N° 3:**

|                 | Si |       | No |       |
|-----------------|----|-------|----|-------|
|                 | F  | %     | f  | %     |
| Serología viral | 36 | 97,30 | 1  | 2,70  |
| Hemograma       | 35 | 94,59 | 2  | 5,41  |
| Ecografía       | 33 | 89,19 | 4  | 10,81 |
| RX              | 21 | 56,76 | 16 | 43,24 |
| Biopsia         | 19 | 51,35 | 18 | 48,65 |
| TAC             | 15 | 40,54 | 22 | 59,46 |

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Arana R; 2024)

Los resultados de los hallazgos paraclínicos destacan que las pruebas diagnósticas más utilizadas fueron serología viral (97.30%), seguida del hemograma (94.59%) y la ecografía (89.19%), reflejando la prioridad por métodos no invasivos en el diagnóstico inicial.

Caracterización de la adenopatía y la localización más frecuente. Servicio de Hemato-Oncología Pediátrica del Hospital General Nacional Dr. Ángel Larralde en el periodo 2023 – 2024. **Tabla N° 4:**

|                            |           |            |
|----------------------------|-----------|------------|
| <b>Tamaño visible</b>      | <b>F</b>  | <b>%</b>   |
| Si                         | 8         | 21,62      |
| No                         | 29        | 78,38      |
| <b>Tamaño palpable</b>     | <b>F</b>  | <b>%</b>   |
| Si                         | 37        | 100        |
| No                         | 0         | 0          |
| <b>Consistencia</b>        | <b>F</b>  | <b>%</b>   |
| Blanda                     | 20        | 54,05      |
| Dura                       | 17        | 45,95      |
| <b>Adheridas</b>           | <b>F</b>  | <b>%</b>   |
| Si                         | 3         | 8,11       |
| No                         | 34        | 91,89      |
| <b>Dolor</b>               | <b>F</b>  | <b>%</b>   |
| Si                         | 21        | 56,76      |
| No                         | 16        | 43,24      |
| <b>Total</b>               | <b>37</b> | <b>100</b> |
| <b>Localización (n=37)</b> | <b>F</b>  | <b>%</b>   |
| Cervicales                 | 32        | 86,49      |
| Submandibulares            | 13        | 35,14      |
| Axilares                   | 5         | 13,51      |
| Inguinales                 | 5         | 13,51      |
| Occipital                  | 1         | 2,70       |
| Retroesternal              | 1         | 2,70       |

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Arana R; 2024)

Se observó que todas las adenopatías fueron palpables (100%); un 78,38% (e29 casos) no eran visibles. En cuanto a la consistencia, el 54,05% presentaron características blandas (20 casos), y el otro 45,95% fueron descritas como duras. Además, la mayoría de las adenopatías no estaban adheridas (91,89%= 34 casos) y, aunque fue más frecuente la ausencia de dolor (43,24%= 16 casos), un porcentaje considerable (56,76%) reportó dolor asociado.

En relación con la localización anatómica, las adenopatías cervicales fueron las más comunes, presentes en el 86,49% de los casos, seguidas por las submandibulares (35,14%), axilares e inguinales (ambas con 13,51%). Otras localizaciones, como occipital y retroesternal, fueron mucho menos frecuentes (2,70% cada una).

Relacionar el diagnóstico clinicopatológico y los diferentes grupos de edad. Servicio de Hemato-Oncología Pediátrica del Hospital General Nacional Dr. Ángel Larraalde en el periodo 2023 – 2024. **Tabla N° 5:**

| Grupo etéreo                           | Lactante |             | Preescolar |              | Escolar   |              | Adolescente |              | Total     |            |
|----------------------------------------|----------|-------------|------------|--------------|-----------|--------------|-------------|--------------|-----------|------------|
| Diagnostico                            | f        | %           | f          | %            | f         | %            | f           | %            | F         | %          |
| Linfoma Hodgkin                        | 0        | 0           | 1          | 2,70         | 7         | 18,92        | 1           | 2,70         | 9         | 24,32      |
| Mononucleosis                          | 0        | 0           | 3          | 8,11         | 3         | 8,11         | 1           | 2,70         | 7         | 18,92      |
| Citomegalovirus                        | 0        | 0           | 1          | 2,70         | 3         | 8,11         | 1           | 2,70         | 5         | 13,51      |
| Linfadenitis Crónica Inespecífica      | 0        | 0           | 0          | 0            | 4         | 10,81        | 1           | 2,70         | 5         | 13,51      |
| Síndrome Viral                         | 1        | 2,70        | 1          | 2,70         | 0         | 0            | 0           | 0            | 2         | 5,41       |
| Síndrome Linfoproliferativo en Estudio | 0        | 0           | 1          | 2,70         | 1         | 2,70         | 0           | 0            | 2         | 5,41       |
| Toxoplasmosis                          | 0        | 0           | 1          | 2,70         | 1         | 2,70         | 0           | 0            | 2         | 5,41       |
| Adenitis inflamatoria                  | 0        | 0           | 0          | 0            | 1         | 2,70         | 0           | 0            | 1         | 2,70       |
| Hiperplasia folicular                  | 0        | 0           | 0          | 0            | 1         | 2,70         | 0           | 0            | 1         | 2,70       |
| Leucemia Linfoide Aguda                | 0        | 0           | 0          | 0            | 0         | 0            | 1           | 2,70         | 1         | 2,70       |
| Leucemia Mieloide Aguda                | 0        | 0           | 1          | 2,70         | 0         | 0            | 0           | 0            | 1         | 2,70       |
| Síndrome Adenomegalico Difuso          | 0        | 0           | 1          | 2,70         | 0         | 0            | 0           | 0            | 1         | 2,70       |
| Naturaleza                             | f        | %           | f          | %            | f         | %            | f           | %            | F         | %          |
| Benigno                                | 1        | 2,70        | 6          | 16,22        | 9         | 24,32        | 2           | 5,41         | 18        | 48,65      |
| Maligno                                | 0        | 0           | 2          | 5,41         | 8         | 21,62        | 2           | 5,41         | 12        | 32,43      |
| No Especifico                          | 0        | 0           | 2          | 5,41         | 5         | 13,51        | 0           | 0            | 7         | 18,92      |
| <b>Total</b>                           | <b>1</b> | <b>2,70</b> | <b>10</b>  | <b>27,03</b> | <b>22</b> | <b>59,46</b> | <b>4</b>    | <b>10,81</b> | <b>37</b> | <b>100</b> |

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Arana R; 2024)

De los diagnósticos clinicopatológicos observados en pacientes pediátricos con adenomegalias, se tiene que el linfoma de Hodgkin fue el más frecuente (24,32%=

9 casos) en su mayoría escolares (7/9), en segundo lugar, se presentó la mononucleosis (18,92%= 7 casos), siendo más frecuente entre preescolares y escolares con similar frecuencia (3 casos por igual), en tercer lugar, se presentó la linfadenitis crónica inespecífica y el citomegalovirus (13,51%= 5 casos por igual).

Según la naturaleza de las patologías, fueron más frecuentes las benignas 48,65% (18 casos), siendo lo más frecuente en todos los grupos de edad. En segundo lugar, se presentaron las malignas (32,43%= 12 casos).

Caracterizar el tratamiento aplicado a los pacientes con adenopatías. Servicio de Hemato-Oncología Pediátrica del Hospital General Nacional “Dr. Ángel Larralde”.

**Tabla N° 6:**

| <b>Tratamiento</b>      | <b>F</b>  | <b>%</b>   |
|-------------------------|-----------|------------|
| Sintomático             | 28        | 75,68      |
| Quimioterapia           | 9         | 24,32      |
| <b>Antiinflamatorio</b> | <b>F</b>  | <b>%</b>   |
| Si                      | 32        | 86,49      |
| No                      | 5         | 13,51      |
| <b>Antibiótico</b>      | <b>F</b>  | <b>%</b>   |
| Si                      | 22        | 59,46      |
| No                      | 15        | 40,54      |
| <b>Total</b>            | <b>37</b> | <b>100</b> |

Fuente: Datos Propios de la Investigación (Arana R; 2024)

En lo correspondiente a los tratamientos aplicados a pacientes pediátricos con adenomegalias, se tiene que el manejo predominante fue sintomático en un 75,68% (28 casos), mientras que la quimioterapia fue aplicada en un 24,32% (9 casos). Entre las medidas específicas, el uso de antiinflamatorios destacó como la opción más frecuente, empleada en el 86,49% de los pacientes (32 casos), seguido de los antibióticos, administrados en el 59,46% (22 casos).



## DISCUSIÓN

En este estudio, se observó una mayor frecuencia de adenomegalias en pacientes escolares (59,46%), seguidos de los preescolares (27,03%), mientras que los adolescentes y lactantes presentaron una menor proporción. Estos resultados coinciden con lo reportado por Stanescu et al. (2020), quienes señalaron una mayor frecuencia en niños mayores de seis años y una incidencia más baja en lactantes. En cuanto al sexo, se destacó un predominio del masculino (75,68%), lo cual también es consistente con estudios como el de Wills et al. (2022), que identificaron una proporción masculina de 3:1 en condiciones similares.<sup>(14)</sup>

Entre las manifestaciones clínicas iniciales, la fiebre fue el síntoma predominante (75,68%), seguido de la pérdida de peso (59,46%) y el dolor o inflamación (59,46%). Este patrón coincide con los hallazgos de Pecora et al. (2021), quienes destacaron la fiebre y el dolor como síntomas comunes en linfadenitis infecciosas. Asimismo, el estudio de Castañeda et al.<sup>(x)</sup> subrayó la relevancia del dolor y la inflamación como características clínicas frecuentes en las adenopatías pediátricas. La evolución rápida en menos de un mes, observada en el 48,65% de los casos, refuerza la necesidad de un diagnóstico temprano, como lo sugieren estudios de Jiménez et al.<sup>(10)</sup>

Los resultados muestran que las pruebas diagnósticas más utilizadas fueron la serología viral (97,30%), el hemograma (94,59%) y la ecografía (89,19%). Esto está en línea con lo reportado por Stanescu et al.<sup>(13)</sup>, quienes resaltaron la utilidad de estas pruebas como métodos no invasivos esenciales para el diagnóstico inicial. En contraste, procedimientos más invasivos, como la biopsia (51,35%) y la TAC (40,54%), se emplearon en menor medida, lo que refleja un enfoque diagnóstico escalonado, alineado con las recomendaciones de Pecora et al.<sup>(11)</sup> y Wills et al.<sup>(14)</sup>, quienes destacan la necesidad de minimizar procedimientos invasivos en niños.

En este estudio, se encontró que el 100% de las adenopatías eran palpables, mientras que solo el 21,62% eran visibles. Las adenopatías blandas fueron más comunes (54,05%) que las duras (45,95%), y la mayoría no estaban adheridas (91,89%). Estas características coinciden con los hallazgos de Castañeda et al., quienes señalaron que las adenopatías blandas y móviles suelen ser indicativas de procesos benignos. En términos de localización, las adenopatías cervicales fueron las más frecuentes (86,49%), lo que se alinea con el estudio de Caro-Cordero et al., quienes reportaron un predominio de adenomegalias cervicales, asociadas en gran medida con procesos no tumorales.<sup>(15)</sup> Se correlaciona también con el estudio de Á. Loreto, ya que los resultados ofrecen un referente valioso que coincide con la investigación en cuanto a la predominancia de adenopatías cervicales y de procesos benignos, si bien en nuestra serie se observó una proporción ligeramente superior de malignidad (32,43 %).<sup>(16)</sup>

El diagnóstico más común en este estudio fue el linfoma de Hodgkin (24,32%), seguido de la mononucleosis (18,92%) y la linfadenitis crónica inespecífica (13,51%). Estos hallazgos son consistentes con los estudios de Caro-Cordero et al. y Wills et al., Á. Loreto, quienes identificaron el linfoma de Hodgkin como el diagnóstico maligno más frecuente en adenopatías pediátricas. Además, la mayoría de los casos benignos (48,65%) refuerzan la observación de estudios como el de Pecora et al. (2021), quienes destacan que la mayoría de las adenopatías en pediatría son de naturaleza no maligna.<sup>(11)</sup>

El manejo predominante fue sintomático (75,68%), con un uso destacado de antiinflamatorios (86,49%) y antibióticos (59,46%). La quimioterapia se aplicó en el 24,32% de los casos, principalmente en condiciones malignas. Este enfoque es consistente con las recomendaciones de Pecora et al. (2021) y Castañeda et al. (2020), quienes enfatizan la importancia de adaptar el tratamiento según la etiología subyacente, priorizando manejos no invasivos en condiciones benignas y reservando tratamientos más agresivos para enfermedades malignas.<sup>(11,12)</sup>

## CONCLUSIÓN

El presente estudio permitió caracterizar clínica y epidemiológicamente a los pacientes menores de 14 años con diagnóstico de Síndrome Adenomegálico atendidos en el Servicio de Hemato-Oncología Pediátrica del Hospital General Nacional Dr. Ángel Larralde durante el periodo 2023-2024. Se identificó que las adenomegalias afectan predominantemente a niños en edad escolar, con una mayor incidencia en el sexo masculino y en pacientes provenientes tanto de áreas locales como de otros estados, destacando la relevancia de esta condición en una población pediátrica diversa.

En términos clínicos, las manifestaciones iniciales más frecuentes fueron la fiebre, la pérdida de peso y el dolor o inflamación, subrayando la importancia de estos síntomas para el diagnóstico temprano. Los hallazgos paraclínicos destacaron la serología viral, el hemograma y la ecografía como herramientas diagnósticas primarias, con procedimientos invasivos como biopsias y tomografías reservados para casos más complejos.

Las características de las adenopatías revelaron una predominancia de lesiones palpables, blandas y no adheridas, con localización preferente en la región cervical. En cuanto a los diagnósticos, se observó una distribución heterogénea entre patologías benignas y malignas, siendo el linfoma de Hodgkin la condición maligna más frecuente. Finalmente, el manejo predominante fue sintomático, con un enfoque escalonado que priorizó medidas menos invasivas.

Estos resultados destacan la importancia de un enfoque diagnóstico integral y un manejo terapéutico adaptado a las características específicas de cada paciente. Asimismo, subrayan la necesidad de continuar fortaleciendo las estrategias de diagnóstico temprano y tratamiento oportuno para mejorar los resultados en esta población. Este estudio contribuye a ampliar el conocimiento sobre el síndrome

adenomegálico en pediatría, sentando bases para futuras investigaciones y promoviendo una atención clínica de mayor calidad.

Estos hallazgos subrayan la importancia de identificar estas manifestaciones clínicas tempranas para facilitar un diagnóstico oportuno y adecuado del síndrome adenomegálico en la población pediátrica

## **RECOMENDACIONES**

A partir de los resultados obtenidos en esta investigación se evidencian la importancia de implementar estrategias dirigidas a optimizar el abordaje clínico y epidemiológico del Síndrome Adenomegálico en pacientes pediátricos. En primer lugar, se recomienda fortalecer las capacidades de los profesionales de la salud mediante programas de capacitación continua, que les permitan identificar tempranamente los signos y síntomas asociados a esta condición, estableciendo un diagnóstico diferencial oportuno para descartar etiologías malignas. Asimismo, es esencial desarrollar y aplicar protocolos clínicos estandarizados que orienten el manejo de los casos. Además, se sugiere implementar un sistema centralizado de seguimiento de pacientes, que permita monitorear la evolución clínica, garantizando un manejo integral con la participación de equipos multidisciplinarios. Por otro lado, es importante realizar campañas de sensibilización dirigidas a padres y cuidadores, con el fin de educarlos sobre la relevancia de buscar atención médica ante la aparición de adenopatías en niños, destacando los riesgos asociados al diagnóstico tardío y la necesidad de un tratamiento oportuno. Finalmente, se insta a continuar desarrollando investigaciones que amplíen el conocimiento sobre esta patología, contribuyendo a la mejora de los resultados clínicos y al diseño de estrategias terapéuticas más efectivas.

## REFERENCIAS

1. Tua Saúde. Adenomegalia: qué es, causas y cuándo puede ser cáncer [Internet]. Tua Saúde; 2024 [citado 2024 Oct 30]. Disponible en: <https://www.tuasaude.com/es/adenomegalia/>
2. Pediatría (Asunción). Adenomegalias en niños: abordaje diagnóstico en el Consultorio de Hemato-oncología de un Hospital de Referencia [Internet]. 2014 [citado 2024 Oct 30];41(3):251-8. Disponible en: <https://revistaspp.org/index.php/pediatrica/article/view/297>
3. Kumar V, Abbas AK, Aster JC. Robbins y Cotran: Patología estructural y funcional. 9a ed. Madrid: Elsevier; 2014. Disponible en Elsevier: <https://www.elsevier.com>
4. Memorial Sloan Kettering Cancer Center. Linfomas pediátricos [Internet]. Disponible en: <https://www.mskcc.org/pediatrics/cancer-care/types/pediatric-lymphomas>
5. Genes L, Rivarola C, Mattio I. Adenomegalias en niños: Abordaje diagnóstico en el Consultorio de Hemato-oncología de un Hospital de Referencia. *Pediatría (Asunción)*. 2018;33(1):15-19. Disponible en: <https://revistaspp.org/index.php/pediatrica/article/view/297>
6. González-Ramírez R, Gutiérrez-Rodríguez A, Valdez-Flores M, et al. Características clínicas de adenopatías en niños. *Revista Mexicana de Pediatría*. 2022;89(3):95-101. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0035-00522022000300095](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0035-00522022000300095)
7. Sánchez-Delgado I, Sanz-García A, Martínez de Azagra E. Manejo del paciente pediátrico con adenopatías en atención primaria. *Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP)*. 2020. Disponible en: <https://sepeap.org/manejo-del-paciente-pediatrico-con-adenopatias-en-atencion-primaria/>
8. Ramírez-Fernández J, Ruiz-Tovar P, Rodríguez-Morán M, et al. Adenomegalias y adenitis cervical. *Anales de Pediatría Continuada*. 2020;18(2):51-58. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatrica-continuada-51-articulo-adenomegalias-adenitis-cervical-S1696281812701051>
9. Pediatría Atención Primaria. Adenopatías. *Asociación Española de Pediatría*. 2020. Disponible en: <https://www.aepap.org/sites/default/files/adenopatias.pdf>
10. Tatiana Jiménez C.: Residente Medicina Familiar U.C. Pontificia Universidad Católica de Chile. ¿Cuáles son los predictores de malignidad en adenopatías en niños?.[Internet] Junio 2018 [Citado 2023 Jun 23] Disponible en: <https://medicina.uc.cl/publicacion/cuales-los-predictores-malignidad-adenopatias-ninos/>
11. Francesco Pecora, Luciana Abate, Sara Scavone, Irene Petrucci, Federico Costa, Caterina Caminiti, Alberto Argentiero and Susanna Esposito. Manejo de la linfadenitis infecciosa en niños. [Internet] Received: 31 August 2021 Accepted: 22 September 2021 Published: 27 September 2021. [Citado 2023 Jun 23] Disponible en: <https://doi.org/10.3390/children8100860>

12. José Luis Castañeda Narváez, Manuel Eugenio Narro Flores, Sofi a Fortes Gutiérrez. Linfadenopatía cervical en pediatría. [Internet] Enero 2020. [Citado 2023 Jun 23] Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2018-10/adenitis-cervical/>
13. Georgeta Ligia Stanescu, Gigi Calin, Iancu Emil, Catalina Marin, Mircea Ovidiu Ciobanu, George Alin Stoica, Elena Loredana Selauru, Rebeca Cristina Serban, Cristina Popescu, Razvan Mihalil, Lucian Paul Dragomir. Adenopatías periféricas en niños: un intento de perfil morfológico clínico. [Internet] 2020. [Citado 2023 Jun 23] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34171068/>
14. Carson Wills, Katherine Mercer, Jozef Malysz, Lidys Rivera Galvis and Chandrika Gowda. Chronic Generalized Lymphadenopathy in a Child—Progressive Transformation of Germinal Centers (PTGC). [Internet] Received: 23 October 2021 Accepted: 30 January 2022 Published: 6 February 2022. [Citado 2023 Jun 23] Disponible en: <https://www.mdpi.com/2227-9067/9/2/214>
15. Laury Mary Caro Cordero, Abelardo Antonio Estrella Durán. INCIDENCIA ONCOLÓGICA EN LINFADENOPATIA PEDIÁTRICA. [Internet] Diciembre 2022. [Citado 2024 Jun 17]. Disponible en: [http://saber.ucv.ve/bitstream/10872/22287/1/Laury%20Caro%2c%20Abelardo%20Estrella\\_finalpublicacion.pdf](http://saber.ucv.ve/bitstream/10872/22287/1/Laury%20Caro%2c%20Abelardo%20Estrella_finalpublicacion.pdf)
16. Loreto A. Perfil clínico-histopatológico de pacientes con linfadenopatías sometidos a biopsia ganglionar excisional en el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital General Nacional “Dr. Ángel Larralde” (2015–2022) [Tesis]. Valencia: Universidad de Carabobo; 2023.

## ANEXO A

### PERMISO INSTITUCIONAL



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.  
DIRECCION DE POSTGRADO.  
HOSPITAL GENERAL NACIONAL DR. ANGEL LARRALDE.  
SERVICIO DE PEDIATRIA Y PUERICULTURA.  
PROYECTO DE INVESTIGACION.



#### SOLICITUD DE AVAL ANTE COMITÉ DE BIOÉTICA.

Atención Dr. Heberson Galvis.

Recibe ante todo un cordial saludo, quien suscribe, **Roxana Carolina Arana Sandoval** portadora de la cedula de identidad **23.602.562**, médico residente de tercer año del postgrado de puericultura y pediatría de esta institución, me dirijo a los miembros del comité de Bioética del hospital General Nacional "Dr. Ángel Larralde" para presentar mi proyecto especial de grado, como requisito para obtener título de Pediatra puericultor, cuyo título es: **CARACTERIZACION CLINICA Y EPIDEMIOLOGICA DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE SINDROME ADENOMEGALICO EN EDADES PEDIATRICAS**. En este sentido, solicito su autorización para la aplicación de dicho estudio enmarcado dentro de la normativa ética y legal para la elaboración y presentación de los trabajos de investigación. Todo ello sobre la base de los principios establecidos en el "Código de ética para la vida", la responsabilidad, no maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía.

La investigación se desarrollada en el paradigma: Cualitativo.

Línea de investigación adscrita: Hemato- Oncología pediátrica.

La doctora Yajaira Aguilar, miembro adjunto del servicio de pediatría y puericultura acepto la tutoría de este trabajo.

**Dr. Heberson E. Galvis Q**

Médico Internista

C.I. 24.328.649

MPPS: 130779 CMC 13502

Dr. Heberson Galvis.

## ANEXO B

### FICHA DE REGISTRO

| HISTORIA                                |                | FECHA                        |             |   |
|-----------------------------------------|----------------|------------------------------|-------------|---|
| <b>Características epidemiológicas</b>  |                |                              |             |   |
| Edad                                    | Lactante menor | Sexo                         | F           | M |
|                                         | Lactante mayor |                              |             |   |
|                                         | Preescolar     |                              |             |   |
|                                         | Escolar        |                              |             |   |
| _____                                   | Adolescente    |                              |             |   |
| Procedencia<br>(Municipio)              |                | Observaciones                |             |   |
| <b>Sintomatología</b>                   |                | <b>Estudios paraclínicos</b> |             |   |
| Fiebre                                  |                | Serologías Virales           |             |   |
| Pérdida de Peso                         |                | Ecografías                   |             |   |
| Dolor e Inflamación                     |                | Hemogramas, VSG,<br>PCR      |             |   |
| Malestar General                        |                | RX                           |             |   |
| <b>Tratamiento</b>                      |                | <b>Método Diagnóstico</b>    |             |   |
| Sintomático                             |                | Biopsia                      |             |   |
| Antinflamatorio                         |                |                              |             |   |
| Antibiótico                             |                | TAC                          |             |   |
|                                         |                | RMC                          |             |   |
|                                         |                |                              |             |   |
|                                         |                |                              |             |   |
|                                         |                |                              |             |   |
|                                         |                |                              |             |   |
|                                         |                |                              |             |   |
| Estancia<br>intrahospitalaria<br>(Días) |                | Egreso                       | Alta médica |   |
|                                         |                |                              | Referido    |   |
|                                         |                |                              | Defunción   |   |