

## ADENOPATIAS CERVICO FACIALES EN EL NIÑO (\*)

POR EL DOCTOR  
**E. CASAS MORALES**

Asistente de H. y Clínica de Niños  
Encargado Servicio Cirugía Bucal  
Infantil. Facultad de Odontología.  
Montevideo - Uruguay

El tema sobre el que vamos a conversar esta noche tiene interés para el odontopediatra y para el cirujano oral. Tanto uno como otro deben saber diferenciar una adenitis banal —aguda o crónica— de una afección ganglionar de mayor entidad, para instaurar la terapéutica adecuada o derivar el pequeño paciente al médico o al especialista que corresponda.

Desde luego que nada nuevo vamos a decir. Simplemente nos limitaremos a recordar conceptos y a aplicarlos en los pacientes que presentaremos y que hemos tratado oportunamente en nuestro Servicio.

Vamos a sujetarnos al siguiente esquema, que desarrollaremos en forma sumamente sintética:

- 1) GENERALIDADES.
- 2) ACUMULOS GANGLIONARES Y TERRITORIOS LINFATICOS.
- 3) SEMIOLOGIA.
- 4) CLASIFICACION
  - a) Capítulo infeccioso.
  - b) Capítulo metastásico.
  - c) Capítulo tumoral primitivo.
- 5) DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.
- 6) TRATAMIENTO.

1) **GENERALIDADES.** — El sistema vascular linfático constituye morfológica y funcionalmente, un anexo del sistema vascular sanguíneo. Su papel es el de restituir al territorio circulatorio sanguíneo los materiales intercelulares extraños o en exceso que en los diversos tejidos de la economía, por motivos variados, no pueden ingresar en los capilares sanguíneos.

Los capilares linfáticos tienen su origen en los espacios interce-

(\*) Conferencia dictada en la "Asociación Argentina de Odontología para Niños", el día 24 de noviembre de 1961. Buenos Aires. Rep. Argentina.

lulares. Siempre conservan su individualidad por medio de paredes endoteliales muy delicadas que a veces es difícil identificar, pero que siempre existen. Parecen constituir en su origen un sistema cerrado. No hay contacto directo entre su contenido y el líquido intercelular o las células de los tejidos.

En su comienzo constituyen una vasta red infiltrada entre las células propias del tejido. De aquí salen troncos cada vez mayores, provistos de válvulas, como las venas y que van a volcar su contenido al torrente circulatorio.

En el trayecto de los conductos linfáticos se encuentran los ganglios linfáticos, constituidos por una cápsula y un estroma conjuntivo que sirve de sostén a gran cantidad de linfocitos, células reticulares y macrófagos hijos. Los ganglios linfáticos dejan pasar la linfa que es literalmente colada a su nivel. Forman también, como es sabido, los linfocitos y monocitos que pasan luego a la sangre. Sobre la discutida existencia de vasos linfáticos en la pulpa dentaria no insistiremos. Sólo diremos que las más recientes investigaciones prueban que los hay, pero que muestran gran diferencia con los del resto del organismo.

2) **ACUMULOS GANGLIONARES Y TERRITORIOS LINFATICOS.** — Desde el punto de vista de la patología, los linfáticos tienen importancia de primer orden, pues constituyen una de las principales vías de propagación de las afecciones infecciosas y tumorales.

1278

El estudio de los linfáticos cervico faciales en el niño, comprende los grupos ganglionares y los territorios linfáticos que conducen a esos ganglios. (Figs. 1 y 2).

## Grupos ganglionares

Su disposición es la de un collar en la unión del cuello y de la cara. De estas columnas parten dos cadenas yugulo carotídeas y existe sobre la línea media el grupo retro faríngeo o prevertebral.

El collar pericervico facial comprende los siguientes grupos.

1) Sub occipital o nucal. Por lo general constituido por dos ganglios que están en relación con las inserciones superiores de los músculos de la nuca y que reciben los linfáticos de la región occipital del cuero cabelludo.

2) Mastoideo. — Está formado por dos o tres ganglios contiguos a las inserciones mastoideas del E. C. M. Reciben los linfáticos emanados del conducto auditivo externo y del pabellón de la oreja.

Sus eferentes se vierten en la cadena yúgulo carotídea.

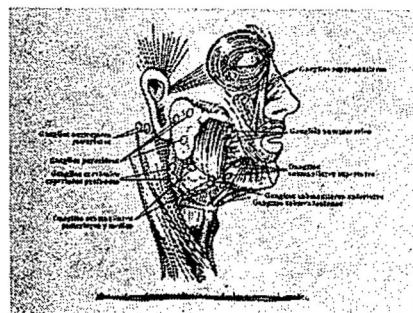


Figura 1. — Ganglios linfáticos de cara y cuello y sus relaciones anatómicas aproximadas

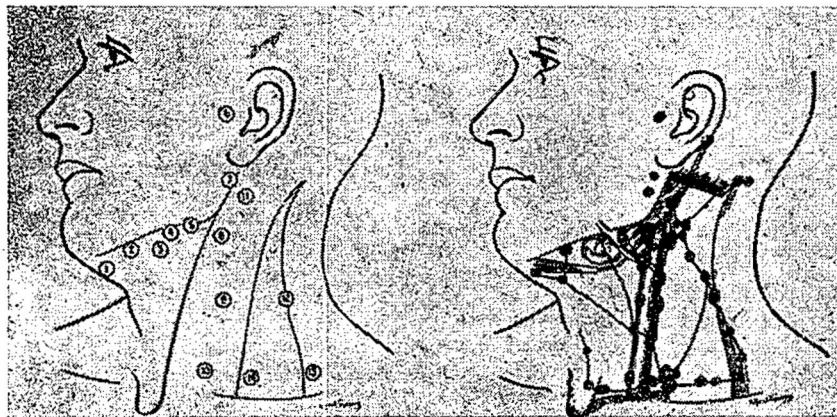


Figura 2. — Acúmulos ganglionares de cara y cuello y sus relaciones anatómicas esquematizadas.

3) Parotídeo. — Comprende ganglios superficiales y ganglios profundos o intraparotídeos. El grupo extra parotídeo a menudo falta. Es superficial. El intra parotídeo está representado por 5 ó 6 ganglios situados a lo largo de la arteria carotídea externa y de la vena yugular externa. Uno de ellos está en las vecindades del ángulo mandibular. Estos ganglios reciben los drenajes linfáticos de cara externa del pabellón de la oreja, del conducto auditivo externo, de la caja del tímpano y de la piel de las regiones temporal y frontal, de los párpados y de la base de la nariz.

4) Grupo sub maxilar. — Está situado en la vecindad del borde mandibular inferior. Su número varía de 3 a 6. Se les divide en varios grupos.

a) preglular. 1 ó 2 ganglios situados entre la extremidad anterior de la glándula y el vientre anterior del digástrico.

b) prevascular. Está reducido por lo general a un gran ganglio ubicado por delante de la vena

facial. Es el más voluminoso de todos los ganglios sub maxilares y el más fácil de palpar.

c) retro vascular. Un ganglio, raramente dos, en el ansa que forma la vena facial y la vena comunicante, intra parotídea.

5) Grupo submentoniano. — Habitualmente son dos o tres, redondos o elípticos, que han sido clasificados en tres grupos. Uno anterior, retrosinfisario, raro. Otro medio, ubicado contra el borde interno del vientre anterior del digástrico superior. Y el grupo posterior o hioideo, raro.

Reciben normalmente los vasos linfáticos del mentón, parte media de labio inferior y de la mejilla. De manera menos regular reciben linfáticos de la región incisiva de la encía, de la parte anterior del piso de boca y de la punta de la lengua. Se ha citado una observación de adenitis sub mentoniana consecutiva a accidentes de erupción de los cordales de juicio.

6) Grupos faciales. — Son pequeños ganglios superficiales situados en la vecindad de los va-

sos faciales. Se les divide en cuatro grupos: a) Maxilar inferior. Es un pequeño acúmulo situado sobre la cara externa del maxilar inferior, contra el triangular de los labios. b) Grupo buccinador. Dos acúmulos, uno anterior o comisural formado por uno o dos ganglios situados entre la arteria y la vena, detrás de las comisuras; el otro, posterior, uno o dos ganglios, situados contra el conducto de Stenon. Grupo molar o naso geniano; muy raro.

No tienen todos la misma importancia. El grupo buccinador recibe linfáticos de los párpados y de la nariz, del labio superior, de la mejilla y son asiento, muchas veces, de manifestaciones patológicas. El grupo maxilar inferior recibe linfáticos del labio inferior y de toda la mejilla. El rol de estos ganglios faciales en las manifestaciones inflamatorias de las mejillas en los niños, ha sido muy exagerado y nosotros, a pesar de nuestra breve experiencia clínica, le restamos importancia.

7) Grupo retro-faríngeo. — Situado en el espacio retro faríngeo, está formado, a menudo, por dos ganglios, lateral y medio. Reciben linfáticos de las fosas nasales y de sus cavidades anexas, de la bóveda palatina, del

velo del paladar, de la rino y de la oro-faringe. Son tributarios de los ganglios externos de la cadena yugulo carotídea. (Fig. 3).

#### Territorios linfáticos

En lo que dice relación a los territorios linfáticos, en el maxilar superior, la encía vestibular, reborde maxilar y dientes, tanto caducos como permanentes, son tributarios de los submaxilares, principalmente, pero pueden tener repercusión en la región del sub ángulo mandibular. Los procesos de esta región, a pesar de la gran reactividad del niño, tienen poca tendencia a la repercusión ganglionar, contrariamente a lo que ocurre con los fenómenos inflamatorios ubicados en el maxilar inferior.

Los linfáticos de la encía palatina son casi siempre tributarios del grupo anterior y superior de la cadena ganglionar de la yugular interna.

En el maxilar inferior la región gingivodentaria vierte su contenido linfático en los ganglios del grupo submaxilar de la región subángulo mandibular y, con alguna frecuencia, en los mentonianos.

En cuanto al labio superior y a la mejilla, sus colectores se vierten en los ganglios parotídeos preauriculares, a un gan-

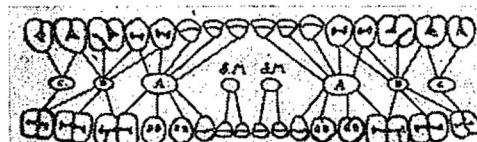


Figura 3. — Diagrama de los ganglios linfáticos que desaguan los distintos dientes. A, B, C, ganglios linfáticos submaxilares posterior, medio y anterior. S.M., ganglios linfáticos submentonianos.

glio subauricular y —lo más común— en los ganglios submaxilares. En algún caso a los submentonianos. Sólo los colectores satélites de los vasos faciales parecen ser constantes y van siempre a los ganglios submaxilares.

El labio inferior tiene un tronco medio y otro lateral. El primero desciende hacia los ganglios submentonianos laterales y medios y el segundo va hacia la comisura y termina pasando por la cara profunda del triangular en los submaxilares.

Es frecuente ver el cruzamiento para los colectores linfáticos cutáneos aunque no así para los mucosos.

En cuanto a los colectores de la lengua, los apicales y los marginales van a los submentonianos y submaxilares; los basales y centrales, a ganglios profundos del cuello o a los anteriores de la cadena yugular interna. El entrecruzamiento aquí es común y lleva, en muchos procesos neoplásicos, al vaciamiento alto bilateral del cuello.

#### SEMILOGIA

En los casos agudos o agudizados, por lo general es el paciente quien nos guía en la búsqueda de las lesiones ganglionares o, en su lugar, si es muy pequeño, los padres.

Si el trastorno es crónico el problema inicial, ante una tumefacción

ovoide, circumscripta, percibida en un área ganglionar, es preciso si aquella procede de un ganglio. La palpación simple y combinada (bimanual) permite con frecuencia la separación del ganglio de un órgano vecino (gland. submaxilar, por ej.). El examen permite apreciar el número de ganglios afectados, su blandura, su movilidad, su renuencia, y será motivo obligado de inspección y palpación la zona mucosa relacionada al ganglio afectado. Debemos ser cuidadosos en este examen que debe incluir zonas dentarias (percusión de gémenes afectados) amígdalas, piso de boca, etc. No debe olvidarse explorar las regiones genianas y carotídeas, pues la presencia de ganglios en estas zonas puede tener gran valor diagnóstico y etiológico. En último caso, la biopsia dirá la palabra final. (Figs. 4 y 5).

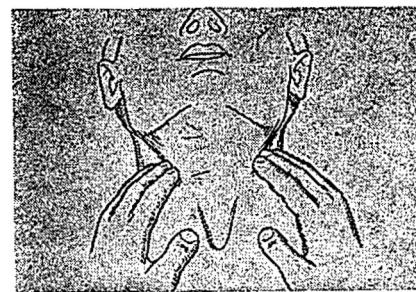


Figura 4. — Técnica de palpación bimanual simultánea para la localización e investigación del estado ganglionar.

**COLEGA:** Ud. tiene derecho y casi se diría, OBLIGACION A LA CRITICA. Pero al hacerlo aporte su solución sustitutiva y posible de lo que Ud. comenta. Allí verá Ud. críticas a sus proposiciones de otros colegas que no le concuerdan. Sea tolerante, sea compañero, PONGALE EL HOMBRO SIN SU FIRMA, a las buenas iniciativas.



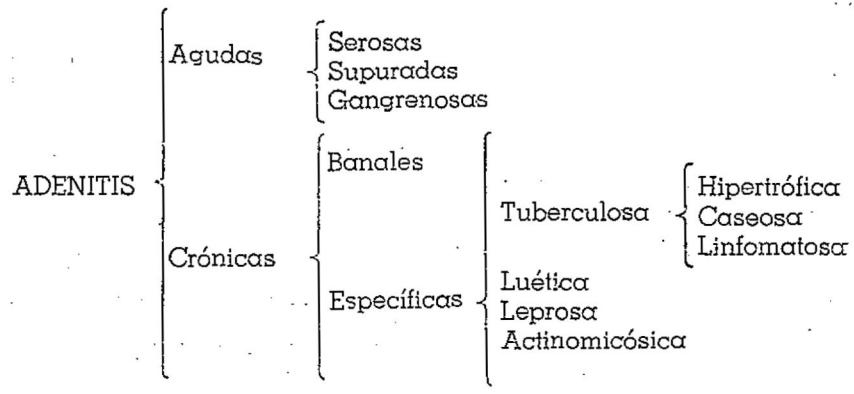
Figura 5. — Palpación correcta para los ganglios sub-maxilares y carotídeos respectivamente.

4) CLASIFICACION DE LAS ADENOPATIAS CERVICO-FACIALES EN EL NIÑO.

ADENOPATIAS CERVICO-FACIALES: {

- a) Capítulo infeccioso
- b) Capítulo metastásico
- c) Capítulo tumoral primitivo

a) Capítulo infeccioso: ADENITIS



Adenitis agudas

Nos referiremos a las adenitis, en primer lugar los cuadros agudos que asientan sobre estos territorios ganglionares tan fériles y reaccionantes.

Son sumamente frecuentes las adenitis agudas en el niño. Tanto como las crónicas, y si muchas veces no las diagnosticamos, es porque pasan desapercibidas para el profesional, aunque nunca para el niño que de-

be soportarlas sin saber de qué se trata. Las adenitis agudas presentan signos constantes, que son inherentes a todo proceso inflamatorio ganglionar e inconstantes, relativos a la región en que ocurre el proceso.

La infección puede iniciarse por la transformación de una adenitis crónica o bien por la aparición de un proceso agudo directamente, una tumefacción de la región interesada que aumenta rápidamente de volumen y que se hace hiper sensible a la presión y a los menores movimientos. En la región submaxilar, la más tocada en el niño, especialmente en la época del recambio o de la primitiva erupción, los ganglios conservan sus límites netos. Puede ser tomado uno sólo o varios a la vez y su independencia de las partes vecinas suele ser la regla. Están móviles, tienen consistencia firme y elástica y la piel se desplaza firmemente sobre ellos. En caso de resolución todo regresa.

Al contrario, el dolor aumenta, se vuelve pulsátil, lancinante, continuo, sobre todo de noche e impide dormir, si el proceso avanza. Aparecen los síntomas generales: fatiga, abatimiento, temperatura de 38.5 a 39 grados, pulso rápido, orina concentrada. Los padres se alarman y es necesario llevarles tranquilizantes.

Localmente la tumefacción viene a ser más difundida, engloba los ganglios vecinos, provoca trismus o tortícolis. Se percibe ahora una placa empastada y dura, que hace cuerpo con la piel y con los planos profundos borrando los relieves y las de-

presiones de la región. Estamos en presencia del adenoflemon. y un ligero surco separa la tumefacción del cuerpo del maxilar inferior. Es la zona silenciosa de Maurel.

La piel se afina y se produce el drenaje espontáneo o es necesario intervenir por punción, drenaje filiforme o incisión. Los síntomas generales de inmediato declinan. Si las cosas continúan avanzando pueden tocarse algunos órganos. En este caso tenemos el adenoflemon carotídeo, forma poco frecuente hoy en día: pues el niño puede ser protegido a tiempo con las drogas sulfantibioticas, y la tendencia a la difusión ha hecho que sea uno de los más graves flemones de cuello. Hay tortícolis y la tumefacción se extiende a lo largo del esterno cleido mastoideo. Hay alteraciones de la fonación, disfagia, dolores espontáneos y provocados por los mínimos movimientos. Invade las regiones inferiores, transforma todo en un magma duro y tenemos el flemon ancho de cuello de Dupuytren. La piel es roja, violácea y se perfora. Se trata de una infiltración purulenta de carácter gangrenoso y si las cosas aumentan puede producirse un aneurisma difuso o una hemorragia por los gruesos vasos venosos.

Demás está decir que cuando la afección alcanza estas características, estamos trabajando con el niño internado en sanatorio u hospital y bajo nuestro directo control, aunque claro está, contamos con la colaboración del médico. Pero somos nosotros los que dirigimos el tratamiento.

Los antibióticos y sulfas han



Figura 6. (Izquierda) — El diagnóstico diferencial debe hacerse también con la parotiditis epidémica, en cuyo caso quedan afectados principalmente los acúmulos ganglionares parótideos y sub ángulo maxilar, como puede apreciarse en este enfermito.

Figura 7. (Derecha) — El impétigo facial origina lesiones ganglionares banales principalmente por la infección secundaria que se sobreagrega.

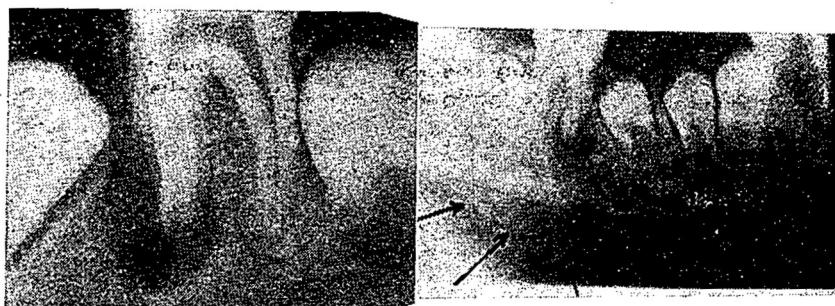


Figura 8. (Izquierda). — Radiografía apical. Foco apical crónico de osteitis en un  $\overline{6}$ , origen de un proceso de osteoperiostitis, de gran incidencia en los niños.

Figura 9. (Derecha). — Radiografía extraoral. Foco apical crónico de osteitis en un  $\overline{6}$ , pudiéndose observar por debajo del borde basilar de la mandíbula el contorno de la formación periótica —osteoperiostitis— originada por aquella espina irritativa y que anulaba la simetría facial.



Figura 10. (Izquierda) — Una pequeña paciente mostrando la asimetría facial originada por el proceso de osteoperiostitis crónica. Debe hacerse el diagnóstico diferencial con ciertas adenopatías.

erradicado casi totalmente estas formas graves de adenitis. Sin embargo hemos tenido que tratar algunos casos que revestían real gravedad.

#### **Adenitis crónicas. Banales**

Estas adenopatías pueden encontrarse en niños indemnes de toda otra afección o en niños con patología bucal, ya mucoso-inflamatoria o dentaria. En estos últimos casos figura en primer lugar como fenómeno etiológico, la enfermedad pulpar y la afección pericápal, lo cual repercute sobre las estructuras ganglionares correspondientes, originando tumefacciones fácilmente palpables contra el borde del maxilar, duras, casi siempre indoloras. La clínica nos permite etiquetar estas lesiones como adenitis crónicas banales. Suprimida la causa, el proceso regresó lentamente.

Puede también tratarse de un linfatismo fisiológico que existe en los niños de 4 a 10 años, que se exagera por causas exógenas o endógenas. Numerosos niños presentan, entonces, una micro o una macropoliadenitis sin perianadenitis. Es por lo común cervical en relación a infecciones crónicas rinofaringeas o bucales.

En otros casos las poliadenopatías se relacionan a un síndrome linfático. En la primera infancia constituye el estado timo linfático de Peltzau. En la segunda infancia se plantea el problema del linfatismo, que ya mencionamos y de la escrofulosis. En el primer caso se trata de un chico apático, indolente, pálido, con evidente hinchazón de sus tegumentos. Las avulsiones dentarias

en estos niños pueden ser peligrosas si no se les cubre previa y posteriormente a la intervención con antibióticos y sulfas de amplio y seguro espectro, pues es característico en ellos la falta de resistencia a los procesos infecciosos. La escrofulosis nos lleva al capítulo siguiente:

#### **Adenitis tuberculosas**

Las adenopatías tuberculosas de la niñez y adolescencia, de gran frecuencia, engendran desórdenes variables. Hasta que no se demuestre lo contrario —se ha dicho con razón— toda adenopatía en un niño debe ser considerada como tuberculosa.

Puede haber primo infección tuberculosa y el lugar de entrada es la mucosa durante la dentición. De ahí la importancia del viraje de la cutirreacción a la tuberculina. (Fig. 14).

Es frecuente, aunque no muy común, que esta adenopatía reconozca una asociación —cuando se trata de niños de 4 a 12 años— con episodios pasados de impétigo, queratitis fleticular, rinitis ulcerostrosa, etc. En todos los casos se impone el estudio de la cutirreacción, velocidad de eritrosedimentación y, desde luego, la sistemática búsqueda de lesiones pulmonares.

La punción positiva ayuda mucho, pero un pus amicrobiano no significa desechar la tbk. Debe hacerse la inoculación al cobayo.

En el niño en el período de recambio y erupción, cuando se producen activas reacciones de fisiologismo maxilar, hay gran repercusión de esos procesos en el terreno ganglionar y estas

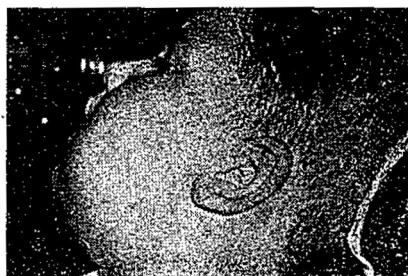


Figura 12. — Proceso celulítico flemónico, difuso, de características graves por su brusco debut y rápida progresión. Las masas ganglionares incluidas en el magma purulento fueron inicialmente atacadas a partir de la lesión bucal gangrenosa, contribuyendo a la alarmante evolución del proceso en piso de boca y cuello.



Figura 13. (Izquierda) — Los procesos celulíticos en sus primeros estadios originan lesiones ganglionares banales (adenitis) que engloban a menudo los ganglios correspondientes en la tumefacción facio-cervical que producen.

Figura 14. (Derecha) — Una niña de siete años de edad con una lesión ganglionar tuberculosa de evolución crónica.



Figura 15. (Izquierda) — Las fiebres eruptivas, como el sarampión tienen repercusión ganglionar que, en los primeros estadios, en ocasiones, puede hacer pensar en una afección dento maxilar, sobre todo tratándose de niños pequeños.

Figura 16. (Derecha) — Esta úlcera bucal de mejilla originada en la acción irritante y destructiva de un resto radicular del primer molar temporario acusó una fuerte y espectacular repercusión ganglionar en un niño de 9 años de edad.

adenitis maxillitis piógenas, con su constante irritación preparan el lecho para la infección tubercu-losa. El paso a la pubertad favorece la eclosión bacilar en el ganglio y por eso hay más positivos en esa edad.

No insistiremos en las tres formas, caseosa, hipertrófica y linfomatosa. En la primera muchas veces hay fistulización, pero el caseum puede estar encerrado por una cápsula fibrosa que lo enmascara.

La calcificación de los ganglios es casi patognomónico de esta afección bacilar.

#### Adenitis sifilíticas

La sífilis ataca a los ganglios en los tres períodos de su evolución. No nos extenderemos en este capítulo, debido a que la sífilis puede considerarse una enfermedad vencida y a que su incidencia clínica en el niño es muy reducida.

En el período primario es bien conocida la repercusión ganglionar, con su ganglio principio duro, no doloroso, rodeado de ganglios satélites. Esta adenopatía sobrevive por algún tiempo al chancre, como testimonio mudo de su existencia.

En el período secundario la adenopatía no está relacionada con las manifestaciones cutáneas o mucosas, sino que todos los territorios ganglionares están tomados. Se explorará el pulso de viruela detrás de la oreja.

En lo que respecta al período terciario, el ataque a los ganglios, aunque posible, es raro.

Sobre adenopatías cancerosas diremos solamente —porque el

tiempo no nos permite ser demasiado explícitos—, que son raras en el niño, desde que las lesiones malignas también lo son. Pero cuando éstas están presentes —caso de las formas sarcomatosas—, la adenopatía satélite es de rutina, aunque con cierta tardanza.

Las reacciones hiperplásidas son adenopatías aisladas, verdaderos cánceres ganglionares o adenopatías generalizadas que constituyen una verdadera enfermedad del sistema ganglionar que puede o no ir acompañada de modificación de la fórmula sanguínea. En estas condiciones, las adenopatías generalizadas dominan totalmente la sintomatología. Si hay modificaciones de la fórmula sanguínea podemos encontrarnos ante los cuadros graves de leucemia y si no la hay debe pensarse en la linfogranulomatosis maligna o enfermedad de Hodgkin, que evoluciona en meses o de 4 a 5 años hacia la muerte.

#### 5) DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Debe ser hecho con las siguientes afecciones: En la región parotídea, con la Tumefacción parotídea, que puede ser provocada por cálculos en el Stenon, dique de goma, estrecheces de conductos escretores, etc.; con la parotiditis epidémica (a virus); con la infección del espacio parotídeo; enfermedad de Mikulicz; con el quiste parotídeo; del quiste branquial de esta región. No podemos entrar en detalles sobre la forma de hacer la diferenciación, pero ello es conocido por ustedes.

En la región sub maxilar, con tumefacción de la glándula sub maxilar, por infección del parénquima o por obstrucción del conducto escretor por cálculos; con la sialodoquitis, en que pueden formarse en el conducto tapones fibrinosos o purulentos y causar obstrucción con síntomas análogos a la sialolitiasis; con absceso del espacio sub maxilar, etc.

#### 6) TRATAMIENTO.

En cuanto al tratamiento, sólo diremos dos palabras.

El comporta, en la casi totalidad de los casos, en las primeras etapas, la eliminación del agente causal, con lo que el proceso tenderá a iniciar su regresión. En los estados con ataque general deberá tenerse en cuenta la medicación antibacteriana y de sostén orgánico, esta última con frecuencia descuidada. Nos referimos a la asociación sulfo cintibiótica de gran espectro, a los choques vitamínicos (A, B, C) y a las grandes medicaciones de soporte.

Se tratará de calmar al niño, cuando éste está sufriendo. Se indicará dietas pobres en calorías y se hidratará al pequeño paciente para evitar lesiones en los túbulos renales.

Si la afección ganglionar se etiqueta dentro del cuadro de las adenopatías específicas deberá buscarse la colaboración del médico, pero el pequeño enfermo no deberá ser abandonado por su odontólogo.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1) Linfopatías tumorales. — M. Ferrari-H. Kasdorf. — Montevideo.
- 2) Fanconi, H. — Tratado de Pediatría. Roma.
- 3) Encyclopédia Médico - Quirúrgica. — París.
- 4) Fisiología Humana. — Houssay. — Buenos Aires.
- 5) Introducción al estudio de la Clínica odonto-estomatológica. — Lebourg - Henault. — París.
- 6) Estomatología. — Thoma. — Madrid.
- 7) Diagnóstico clínico de las enfermedades de la boca. — L. V. Hayes. — México.
- 8) Journal of Dental Medicine, 1960-61. EE. UU.

## SE VENDE

EN CONJUNTO O POR SEPARADO:

- Una unidad Master con turbina Weber
- Un Sillón eléctrico White
- Una Turbina Emesco

Río Negro 1380

Teléfono: 8 28 21