

PROTOCOLO DE ROTINA DIAGNÓSTICA EM ADENOMEGALIAS NA INFÂNCIA

Protocolo singularizado para o Município de
Jundiaí – 2024
Versão II



Prefeitura
de Jundiaí

PROTOCOLO DE ROTINA DIAGNÓSTICA EM ADENOMEGALIAS NA INFÂNCIA

Protocolo singularizado para o Município de Jundiaí

Versão II - 2024

Organização e Elaboração

DEPARTAMENTO DE REGULAÇÃO DA SAÚDE UNIDADE DE GESTÃO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Dra. Lucileide A. Delgado - Pediatra/ Hematologista Infantil - Ambulatório de Hematologia Infantil da Faculdade de Medicina de Jundiaí

Dra Fernanda Tiemi Dotto Matsusaki - Pediatra - Apoiadora Técnica da Saúde da Criança e Adolescente

Fabiana Barrete de Alcântara Fredo - Diretora do Departamento de Regulação em Saúde

Adenomegalias

Conceitos gerais

- É achado frequente em pediatria;
- Como manifestação clínica de diferentes doenças;
- Em neoplasias, raramente é achado isolado;
- Excetuando-se o período neonatal, o aumento ganglionar na infância é achado comum no curso das doenças infecciosas;
- Pode persistir por longo período, mesmo após cessado os sintomas infecciosos iniciais/desencadeantes.
- A proliferação do tecido linfóide varia com a idade: cresce rapidamente na infância, atingindo valores máximos na fase pré-púbere para, a partir da adolescência, começar a involuir.
- O aumento do gânglio é contíguo à cadeia de drenagem linfática da área afetada.
- 40 a 50% das biópsias são hiperplasia reacional benigna, sem definir a causa.

Definições

- *Adenomegalia*: aumento de um ou mais gânglios/ linfonodos;
- *Linfadenite*: aumento do linfonodo/ gânglio com sinais flogísticos associados, sugerindo infecção primária do linfonodo
- *Adenomegalia localizada*: ao redor de 75% dos casos, acomete um único linfonodo ou a cadeia de linfonodos responsáveis pela drenagem da área acometida
- *Adenomegalia generalizada*: ao redor de 25% dos casos, acomete dois ou mais grupos de linfonodos em regiões não contíguas.

Causas

- Infecciosas: Vírus; Bactérias; Espiroquetas (sífilis); Parasitas; Fungos.
- Não infecciosas
 - ◆ Colagenoses: Lúpus eritematoso sistêmico; Artrite Reumatóide.
 - ◆ Neoplasias: Linfoma de Hodgkin, Linfoma não Hodgkin; Leucemias; Metástases.

- ◆ Iatrogênica: Doença do soro.
- ◆ Medicamentosa: Hidantoína
- ◆ Outras: Doença de Kawasaki; Hipertireoidismo; Doença de Addison; Lipídoses.

ABORDAGEM CLÍNICO-LABORATORIAL

→ Clínica/ Exame físico:

Na anamnese é de extrema importância a identificação do paciente, principalmente idade, naturalidade e procedência. Além disso: a duração da queixa principal, história pregressa dos sintomas atuais detalhados (sinais e sintomas sistêmicos associados ao aumento do(s) gânglio(s)).

Normalmente estão atrelados os achados no exame físico que habitualmente refletem os sintomas clínicos relatados na história /anamnese. Para tanto é necessário atentar-se ao exame físico, detalhando o local (ou locais) do aparecimento do gânglio, bem como suas características palpatórias (tamanho, coalescência, consistência, aderência a planos profundos e sinais flogísticos

→ Sinais de normalidade:

Gânglios entre 1 e 1,5 cm em região cervical e inguinal (desde que não associados a sintomas e sinais sistêmicos e sem características de alerta);

Gânglios entre 0,3 e 0,5 cm em região occipital, auricular (desde que não associados a sintomas sistêmicos e sinais de alerta).

→ Sinais de alerta:

Gânglio de qualquer tamanho em região supra clavicular direita e/ou esquerda;

Gânglio endurecido, sem sinal flogístico, aderido a planos profundos.

Exames complementares (vide fluxograma):

→ Quadro agudo (menos de 4 semanas de evolução): Hemograma completo; Ácido úrico (Se eleva em proporcionalidade à taxa de renovação celular como resultado da degradação dos ácidos nucleicos); DHL (Se Elevado - há indícios de danos ou destruição de células normais)

→ Quadro crônico (mais do que 4 semanas de evolução): Hemograma completo; Ácido úrico; DHL; Sorologias (Toxoplasmose, Mononucleose - Epstein Baar Vírus,

Citomegalovírus); Ultrassonografia de abdome total (busca de gânglios intra abdominais); Raio-x de tórax (checagem de mediastino)

INFORMAÇÃO IMPORTANTE: Os exames de DHL e ÁCIDO ÚRICO devem ser solicitados via email como prioridade à central de regulação.

Lembrete:

- A associação entre anamnese/ clínica/ exame físico geral às características dos gânglios é importante para o diagnóstico
- Ultrassom da região cervical e do pescoço apenas terão utilidade para biópsia dirigida por agulha e diagnóstico diferencial de: cistos de linha média, tireóide e glândulas salivares; torcicolo congênito; gânglios de localização atípica.

Condutas

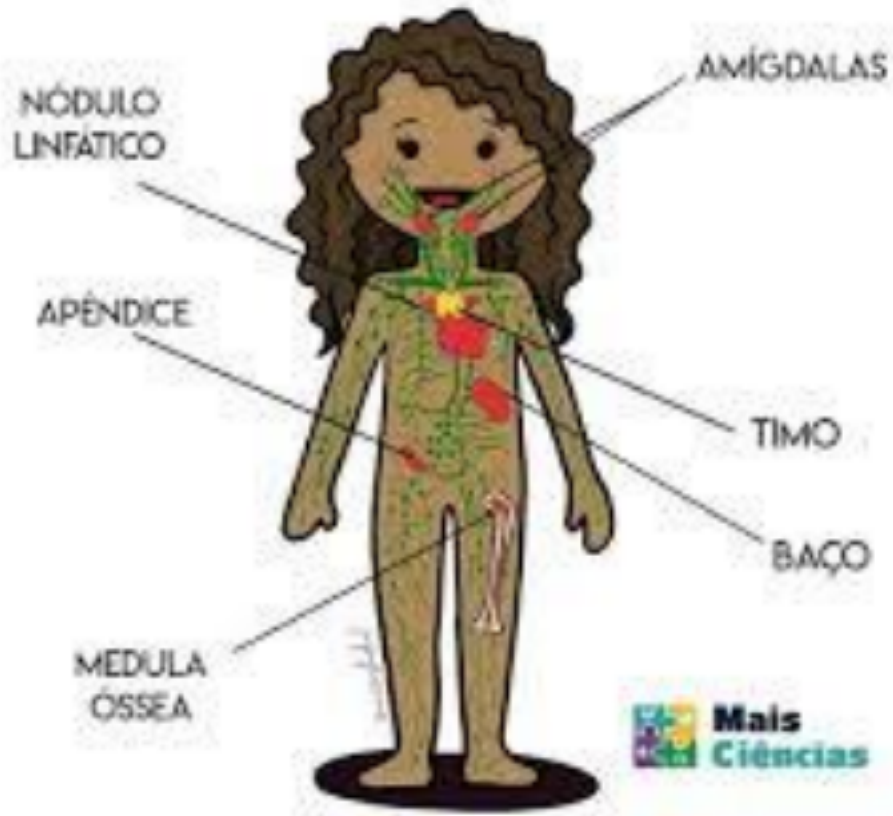
Como a grande maioria dos aumentos ganglionares são inespecíficos e/ou secundários a infecções virais ou bacterianas, a conduta é expectante. A involução normalmente é espontânea.

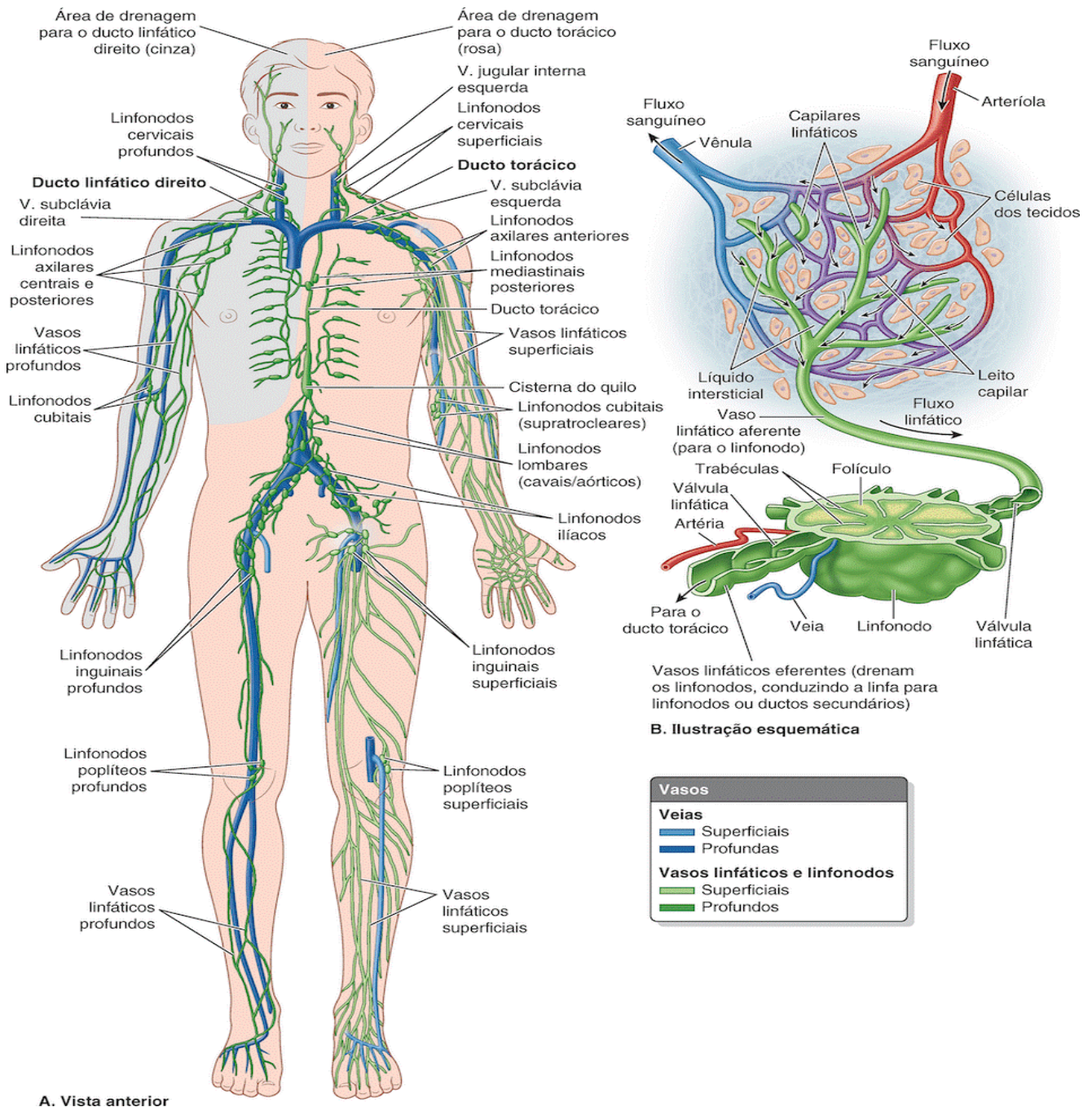
Se houver sinais flogísticos, sugestivos de infecção primária do gânglio, deve-se iniciar antibioticoterapia.

Se houver indícios de reação inflamatória específica, por exemplo, tuberculose, doença da arranhadura do gato, blastomicose, iniciar tratamento específico.

A biópsia ganglionar está indicada quando o gânglio apresentar características sugestivas de neoplasia e não houver sintomas e sinais sistêmicos ou alterações laboratoriais que não sustentem o diagnóstico oncológico sem sua biópsia. Esse procedimento, habitualmente, é realizado pela cirurgia infantil, entretanto, em nosso serviço deve-se encaminhar à Oncologia Pediátrica (GRENDACC), que realizará a monitorização do laudo da biópsia e a realização dos possíveis exames de estadiamento.

SISTEMA LINFÁTICO 1/2





Fonte: Moore, 2019 – AnatImagem 1: Sistema Linfático; padrão da drenagem linfática e esquema ilustrativo do fluxo linfático. Orientada Para a Clínica, 8ª ed.

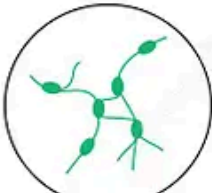
IMMUNE SYSTEM



Thymus



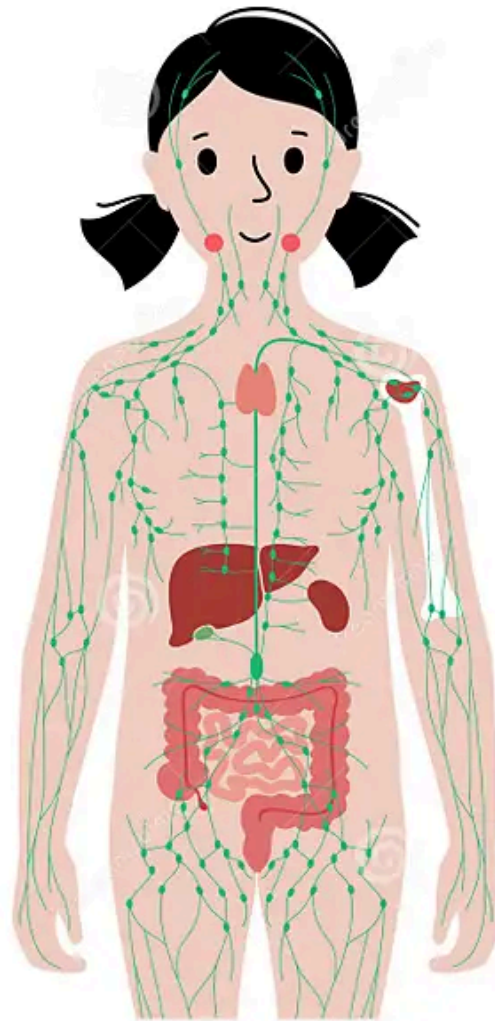
Liver



Lymph nodes



Appendix



Tonsil



Red bone marrow



Spleen



Peyer's patches

SISTEMA LINFÁTICO (ÁREAS DE DRENAGEM)

- PRÉ-AURICULAR →
 - COURO CABELUDO E PELE LOCAL
 - CAVIDADE ORAL
- SUBMANDIBULAR →
- CERVICAL →
 - ANTERIOR: OROFARINGE E REGIÃO ANTERIOR DO PESCOÇO;
 - POSTERIOR: COURO CABELUDO, PELE DA REGIÃO TORÁCICA SUPERIOR;
- SUPRACLAVICULAR →
 - TGI, GENITO-URINÁRIO E PULMÕES
 - À DIREITA: MEDIASTINO,
 - À ESQUERDA ABDOMEM;
- MEDIASTINAL E HILAR →
 - PULMÃO E MEDIASTINO;
- AXILAR →
 - MEMBROS SUPERIORES, MAMAS E PAREDE TORÁCICA;
- EPITROCLEAR →
 - FACE ULNAR DE ANTEBRAÇO E MÃO
- ILÍACO →
 - PELVE, GENITÁLIA EXTERNA, BEXIGA
- INGUINAL
 - GRUPO HORIZONTAL(SITUADOS OS LONGO DO LIGAMENTO INGUINAL) : PELE OU PAREDE ABDOMINAL ANTEROPOSTERIOR, RETROPERITONIO, ESCROTO, VULVA E VAGINA, GLÚTEOS, CANAL ANAL INFERIOR E PERINEO;
 - GRUPO VERTICAL(SITUADOS AO LONGO DA SAFENA SUPERIOR) : PÊNIS, ESCROTO, GLÚTEOS E MEMBROS INFERIORES

- ABDOMINAL PÉLVICO

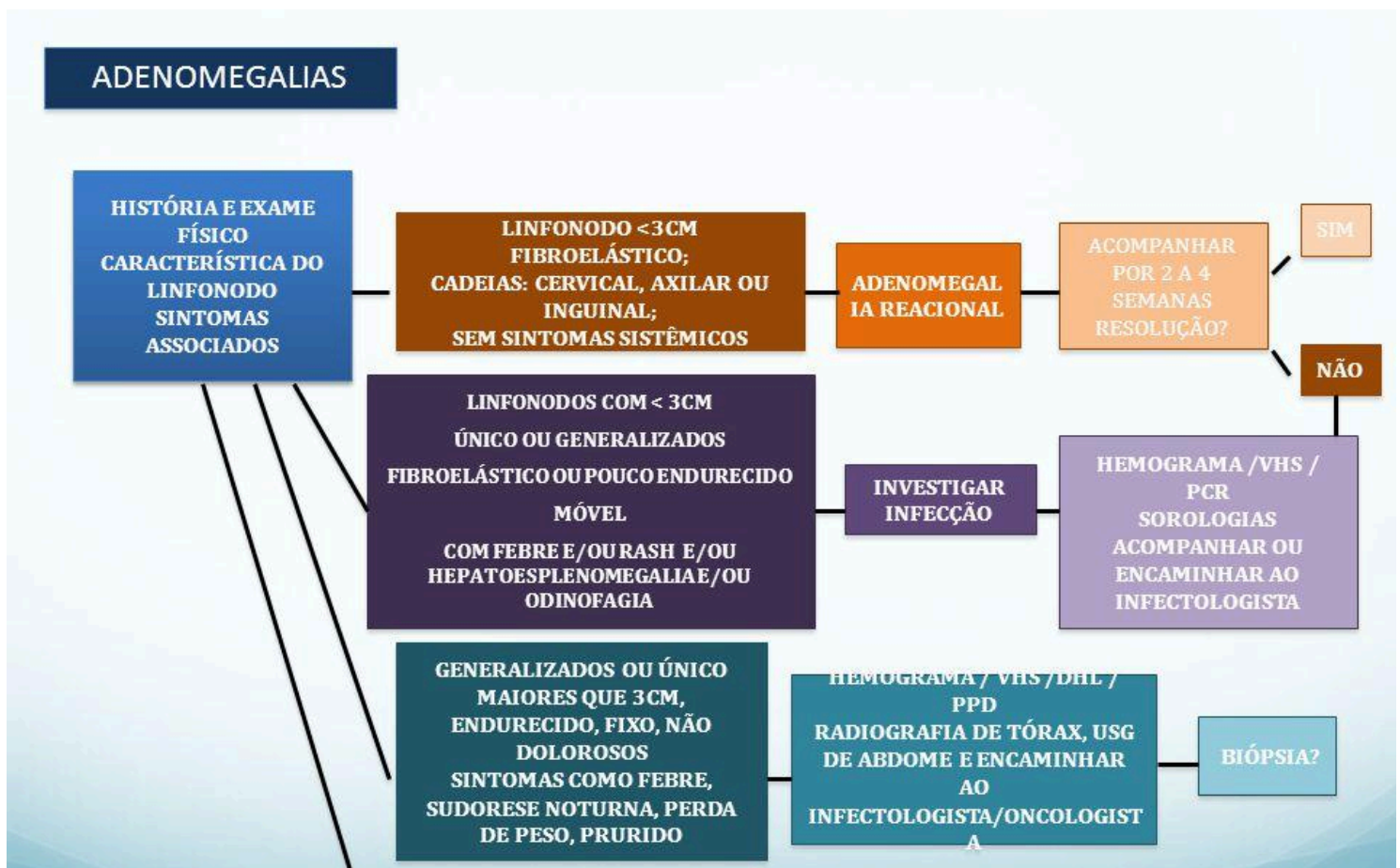
- ● EXTREMIDADES INFERIORES, PELVE E ÓRGÃOS ABDOMINAIS;

- POPLÍTEO

→

- FACE POSTERIOR DOS JOELHOS E COXAS.

FLUXOGRAMA



		
<p>Palidez inexplicada</p>	<p>Febres ou suores constantes ou prolongados</p>	<p>Emagrecimento com aumento/inchaço na barriga</p>
		
<p>Dores nos ossos, principalmente nas pernas, com ou sem inchaço</p>	<p>Manchas roxas e caroços pelo corpo, não relacionados a traumas</p>	<p>Aumento dos gânglios linfáticos</p>
		
<p>Distúrbios visuais e reflexos nos olhos</p>	<p>Dores de cabeça acompanhadas de vômito</p>	<p>Fraqueza constante</p>

FONTE: HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE (PARANÁ)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- NATHAN AND OSKI's HEMATOLOGY AND ONCOLOGY OF INFANCY AND CHILDHOOD. VOLUMES 1 E 2 EIGHTH EDITION ELSEVIER;

2- PIZZO AND POPLACK PEDIATRIC ONCOLOGY FIFTH EDITION, LWW;

3- EMERGÊNCIAS ONCOLÓGICAS EM PEDIATRIA: O QUE O PEDIATRA, O MÉDICO EMERGENCISTA E O INTENSIVISTA DEVEM SABER. SANTA CASA DE SÃO PAULO, ED MANOLE;

4-CURRENT: PEDIATRIC DIAGNOSIS AND TREATMENT. HAY, HAYWAR, LEVIN,SONDHEIMER.EDITON 14. APPLETON AND LANGE;

5-CURRENT: PEDIATRIA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO. HAY, LEVIN,SONDHEIMER, DETERDING. 20ªEDIÇÃO McGRAW HILL/ARTMED;

6-WWW.INCA.GOV.BR : MANUAIS PARA O DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER/CÂNCER INFANTIL

7-PROTOCOLO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA ORIENTAÇÃO DA SAÚDE BÁSICA QUANTO AO DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER INFANTIL 2017;

8-DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER NA CRIANÇA E ADOLESCENTE/ MINISTÉRIO DA SAÚDE E INSTITUTO RONALD McDONALD, 2ª EDIÇÃO REVISADA

E AMPLIADA 2013;

9-PROTOCOLOS CLÍNICOS E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS EM ONCOLOGIA.MINISTÉRIO DA SAÚDE 2014;

10- RODRIGUES, KARLA EMÍLIA; RODRIGUES, BEATRIZ: DIAGNÓSTICO PRECOCE DO CÂNCER INFANTIL: RESPONSABILIDADE DE TODOS. REV. ASSOC. MED. BRAS. 2003, VOL 49, N 1, PP 29-34

11-DADOS DE MORTALIDADE POR CÂNCER NA CRIANÇA E NO ADOLESCENTE NO BRASIL - 1995-2005

FONTE MS/SVS/DASIS/CGIAE/SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE- SIM

12-CÂNCER NA CRIANÇA E NO ADOLESCENTE. REGISTRO DE BASE POPULACIONAL E DE MORTALIDADE SOBOPE (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA) / INCA, 2008.