

Diagnóstico Diferencial das Massas Cervicais em Crianças

*Agrício Nubiato Crespo, Rodrigo Cesar e Silva,
Amarilis Meléndez e José Nélio Cavinatto*

Introdução

A presença de massa cervical representa sempre um desafio diagnóstico ao otorrinolaringologista ou médico clínico. O objetivo deste capítulo é oferecer um modelo simples e prático para avaliação de pacientes que apresentam massa cervical como a principal expressão de sua doença.

No recém-nascido, considera-se como anômala qualquer massa ou linfonodo cervical palpável, independente do tamanho. Para a idade entre seis meses e 12 anos são consideradas anormais linfonodos maiores ou iguais a 1cm e, no adulto, quando maiores ou iguais a 3cm. A frequência destes achados, encontrados em 38-45% de crianças saudáveis, e o amplo espectro de diagnósticos possíveis, enfatizam a necessidade de uma abordagem organizada.

Avaliação clínica

Na história e no exame físico destacam-se quatro elementos fundamentais: idade, tempo de duração da massa, localização no pescoço e características à palpação (consistência, tamanho, mobilidade, presença de dor, calor e flutuação). Os sintomas associados e uso de medicações também auxiliam no direcionamento das hipóteses diagnósticas.

As linfadenopatias cervicais bilaterais são geralmente causadas por infecções virais da via aérea superior (IVAS) ou faringite estreptocócica, enquanto a linfadenite aguda unilateral é provocada por infecções estafilocócicas ou estreptocócicas em 40-80% dos casos. Os sintomas associados de febre, sudorese noturna e perda ponderal sugerem o diagnóstico de linfoma e tuberculose. Se ocorrerem dor de garganta, febre e tosse, um quadro de IVAS é mais provável. O uso de medicações como isoniazida e fenitoína levanta a hipótese de linfadenopatia provocada por estas drogas.

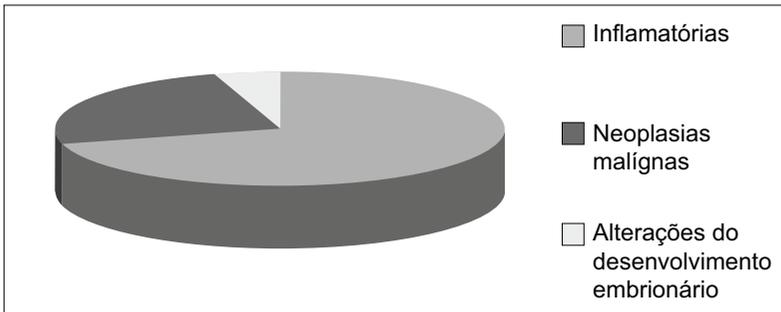
Estimamos que 75% das massas cervicais em crianças e adolescentes correspondam a adenopatias inflamatórias ou infecciosas, sendo que alguns microorganismos têm predileção por determinados grupos etários (**Tabela 1**).

Tabela 1. Infecções freqüentes segundo a faixa etária

Neonatos	< 1 ano	1-4 anos	5-15 anos
<i>S. aureus</i> <i>S. pyogenes</i> do Grupo B	<i>S. aureus</i> <i>S. pyogenes</i> do Grupo B Doença de Kawasaki	<i>S. aureus</i> <i>S. pyogenes</i> do Grupo A	Bactérias anaeróbicas Toxoplasmose Doença da arranhadura do gato Tuberculose

Modificado de: Chesney PJ. Cervical lymphadenopathy. *Pediatric Rev* 1994;15:276-284.

Menos de 5% são causadas por neoplasias malignas e cerca de 20% por alterações no desenvolvimento embrionário (**Figura 1**).

Figura 1. Massas cervicais na idade de 0 a 15 anos.

Investigação complementar

Exame laboratoriais

O hemograma completo pode ajudar no diagnóstico de linfadenite bacteriana, que freqüentemente se acompanha de leucocitose com desvio para a esquerda. A linfocitose atípica pode ser encontrada na mononucleose infecciosa, enquanto a pancitopenia com a presença de células blásticas sugere leucemia. Testes cutâneos para tuberculose devem ser realizados se houver suspeita desta infecção. Exames adicionais incluem sorologias para EBV, citomegalovírus, toxoplasmose e *Bartonella henselae*.

Exames de imagem

Os exames de imagem têm pouca valia no diagnóstico de doenças inflamatórias agudas. A radiografia de tórax é importante na avaliação das doenças granulomatosas, principal causa de adenopatias cervicais crônicas. A ultrasonografia e a tomografia computadorizada ajudam a diferenciar massas sólidas de císticas, bem como determinar a presença e grau de supuração ou infiltração de estruturas vizinhas.

Biópsia de linfonodos

O exame histopatológico oferece pouco subsídio em doenças inflamatórias agudas pela ausência de alterações características específicas. O exame está indicado, porém, nos casos de adenopatias progressivas ou persistentes após 12 semanas. Lembramos que esse número é apenas uma aproximação didática.

Iniciamos com biópsia aspirativa por agulha fina (BAAF) que, em mãos

experientes, é um excelente método para distinguir entre doença benigna e maligna, além de fornecer o diagnóstico etiológico das causas infecciosas após a cultura. Nos casos em que suspeita-se de doença linfoproliferativa, está indicada a biópsia excisional para estudo histopatológico.

Etiologias mais freqüentes

As causas mais comuns de massas cervicais podem ser classificadas em quatro grandes grupos:

1. Linfadenopatias infecciosas
2. Malformações linfáticas e vasculares
3. Alterações do desenvolvimento embrionário
4. Neoplasias malignas

1. Linfadenopatias

As adenopatias cervicais infecciosas podem ser classificadas quanto a sua evolução em agudas e crônicas.

1.1. Agudas

A **Tabela 2** apresenta as principais causas de linfadenopatias inflamatórias agudas segundo sua etiologia.

Tabela 2. Causas de linfadenopatias inflamatórias agudas

Vírus	Bactérias	Protozoários
Linfadenite reacional viral	<i>S. aureus</i>	Toxoplasmose
Mononucleose infecciosa	<i>S. pyogenes</i> do Grupo A	Esquistossomose
Citomegalovirose	Anaeróbios	
Rubéola	Difteria	
Sarampo	Doença da arranhadura do gato	
Herpes simples	Tuberculose	
SIDA/AIDS		

Linfadenite reacional viral

É a causa mais comum de linfadenopatia cervical inflamatória, secundária à infecção de vias aéreas superiores. Os agentes etiológicos mais freqüentes são o rinovírus, influenza, coronavírus, adenovírus, reovírus e vírus sincicial respiratório. Geralmente os quadros são auto-limitados, apresentando resolução entre cinco e 10 dias. *Varicella zoster* e *Herpes simples* também causam adenopatias que podem manter-se por mais de 14 dias. O tratamento é sintomático.

Mononucleose infecciosa

É causada pelo Epstein-Barr vírus (EBV). Sua transmissão dá-se pelo contágio direto com gotículas salivares. O quadro de febre, odinofagia, mialgia e mal-estar é de expressão variável, podendo ser subclínico na infância. A adenopatia cervical, que ocorre em cerca de 80-90% dos pacientes, aparece mais comumente como conglomerados de linfonodos fibroelásticos e móveis, que envolvem no período

de algumas semanas. Hepatomegalia e elevação das enzimas hepáticas ocorrem em praticamente todos os pacientes. O diagnóstico é clínico e laboratorial, com hemograma (linfocitose absoluta ou relativa, linfocitose atípica) e sorologias. O tratamento é sintomático.

Infecção por citomegalovírus

O quadro clínico é semelhante ao de uma gripe comum com adenopatia cervical pouco sintomática. O hemograma apresenta linfócitos atípicos e a sorologia específica é realizada com reação de fixação do complemento. O tratamento é sintomático.

SIDA/AIDS

É ocasionada pelo vírus HIV. Pode causar linfadenopatia pela infecção direta do HIV, pelas infecções oportunistas ou por neoplasias. A utilização da biópsia por aspiração com agulha fina ou biópsia aberta é de pouca validade para o seu esclarecimento diagnóstico, mas é útil para afastar outros diagnósticos como o linfoma. O tratamento é feito com antiretrovirais combinados.

Toxoplasmose

É ocasionada pelo *Toxoplasma gondii*, um protozoário intracelular. A transmissão dá-se por ingestão de cistos do toxoplasma contidos em carnes cruas ou mal cozidas e outros alimentos contaminados. Os sintomas clínicos aparecem em 10-20% dos casos, com quadros semelhantes ao de uma gripe comum: febre, calafrios, letargia e odinofagia. A linfadenopatia cervical é pouco sintomática e inclui o trígono posterior do pescoço. O diagnóstico é clínico e sorológico. O tratamento é com sulfadiazina e pirimetamina.

Doença da arranhadura do gato (DAG)

A DAG típica, causada pela *Bartonella henselae*, ocorre em todas as idades. Geralmente, 3-10 dias após o contato com o gato infectado, aparece uma pápula indolor medindo 1-10 mm que persiste por cerca de 14 dias. Menos de 25% dos pacientes têm sintomas sistêmicos (febre baixa e mal-estar). Manifestações atípicas podem ocorrer em até 20% dos pacientes, e diferentes órgãos podem ser afetados: olhos, fígado, baço, sistema nervoso central, pele, ossos e outros.

A sorologia constitui a base para o diagnóstico no paciente imunocompetente. Anticorpos IgM raramente aparecem no período inicial de DAG, porém os títulos de IgG em ascensão podem ser observados. A utilização do PCR em amostras de linfonodos, pús aspirado e fragmento de biópsia têm a maior sensibilidade diagnóstica. O tratamento pode ser feito com antibióticos macrolídeos ou quinolonas.

Linfadenite purulenta

O *Staphylococcus aureus* e o *Streptococcus pyogenes* do Grupo A (GAS) são os agentes etiológicos mais comuns. O quadro clínico é de uma infecção de via aérea superior, febre, linfonodomegalia, odinofagia e letargia. Inicialmente os linfonodos palpados são discretos e depois se confluem e flutuam. Pode haver sinais flogísticos no local. O tratamento é antibioticoterapia e drenagem da secreção.

1.2. Crônicas.

Micobacteriose atípica

Numerosas cepas constituem os agentes etiológicos. Acomete geralmente crianças na faixa etária de 1-4 anos, de bom nível socioeconômico. A linfadenopatia é unilateral com vários linfonodos cervicais altos. A pele sobre o linfonodo não apresenta calor ou edema, mas hiperemia intensa e, com a evolução, irá apresentar a coloração lilás característica. A radiografia de tórax é normal em 97% dos pacientes e o PPD é negativo ou reator fraco. Em dois terços dos casos ocorre regressão espontânea, enquanto o restante pode fistulizar cronicamente. Neste caso geralmente não há resposta ao tratamento clínico, sendo necessária a remoção cirúrgica.

Tuberculose ganglionar

Ocasionada pelo *M. tuberculosis* ou *M. bovis*. É mais comum em adultos entre 20 e 40 anos de idade e secundária à tuberculose pulmonar. Acomete com mais frequência linfonodos supraclaviculares ou cervicais baixos, que se apresentam fibroelásticos ou amolecidos, com ou sem sinais flogísticos. A forma pura de tuberculose ganglionar, sem acometimento pulmonar, ocorre em indivíduos saudáveis, sem comprometimento do estado geral. O PPD é fortemente positivo e o diagnóstico pode ser confirmado pela pesquisa de BAAR na biópsia aspirativa ou excisional do linfonodo. O tratamento é com esquema triplíce.

Blastomicose

Ocasionada pelo *Paracoccidioidomycosis brasiliensis*. Acomete mais homens entre 20 e 50 anos de idade. Está associada a lesões mucocutâneas e viscerais. Os linfonodos cervicais estão aumentados e endurecidos inicialmente, podendo amolecer e fistulizar a seguir. O diagnóstico faz-se pelo achado do fungo em lâmina, por meio de BAAF do linfonodo e sorologias específicas. O tratamento é com sulfas, por período prolongado.

2. Malformações linfáticas e vasculares

Linfangiomas

Também conhecidos como higromas císticos, os linfangiomas são malformações congênitas resultantes do bloqueio de canais linfáticos. Geralmente estão presentes ao nascimento e manifestam-se até os dois anos de idade como massas muito macias, indolores, multiloculadas, mais freqüentes no triângulo cervical posterior. A maioria apresenta crescimento lento, porém um crescimento rápido pode ocorrer após infecção ou hemorragia no interior da lesão, ocasião em que pode haver compressão das vias aéreas.

O diagnóstico é sugerido por meio das características palpatórias da massa, podendo ser auxiliado com ultra-som cervical. A delimitação exata da lesão pode ser feita com tomografia computadorizada para planejamento cirúrgico, que está indicado quando há comprometimento funcional ou estético.

Hemangiomas

São os tumores mais comuns da infância, acometendo 2,6% dos neonatos e 12% das crianças até 1 ano de idade. A cabeça e o pescoço são os locais mais freqüentes de ocorrência, sendo encontrados na pele e estruturas profundas da face e pescoço. Hemangiomas infantis geralmente crescem rapidamente até 9-10 meses de idade, com regressão espontânea lenta, que pode durar até 10 anos. A maioria é pequena e assintomática, não necessitando de tratamento.

Em 5-10% dos casos, entretanto, pode haver sintomas clínicos importantes, com deformidades cosméticas e déficits funcionais (distúrbios de deglutição, por exemplo). Nessa situação pode ser empregado tratamento cirúrgico ou tratamento clínico com corticoterapia em altas doses (2mg/kg/dia), seguidas de uma dose de manutenção prolongada, e interferon.

3. Alterações do desenvolvimento embrionário

Anomalias branquiais

Cistos branquiais são remanescentes dos aparatos branquiais, mais freqüentemente da segunda e terceira fendas. Geralmente manifestam-se entre a segunda e a quarta décadas de vida com massa cística na borda anterior do músculo esternocleidomastoideo, com aumento de volume durante quadros de infecções do trato respiratório superior.

No exame de ultra-som, aparece como um cisto de paredes finas, preenchido por fluido anecóico. O tratamento é cirúrgico, quando há sinais clínicos de infecção de repetição ou incômodo estético.

Cisto do ducto tireoglossso

É a alteração de desenvolvimento embrionário mais freqüente. Constitui resto embrionário do ducto tireoglossso, que se estende do forame cego na base da língua até o lobo piramidal da glândula tireóide. Na maioria, encontra-se na linha média do pescoço ou em região paramediana na altura ou abaixo do osso hióide. O tratamento é cirúrgico, sendo a ressecção da porção central do hióide importante para evitar recorrência.

Cisto dermóide

São compostos pelos três folhetos germinativos. Apresenta-se, freqüentemente, como massa cística no assoalho anterior da cavidade oral, na região submentoniana ou na região mediana no pescoço. Nesta última apresentação não é móvel à protrusão da língua. O tratamento é cirúrgico com remoção completa da massa.

4. Neoplasias malignas

Linfomas

Na doença de Hodgkin, a apresentação típica é adenopatia supraclavicular e jugular baixa. Sintomas sistêmicos, tais como febre, perda ponderal e sudorese noturna, ocorrem na minoria dos pacientes. A linfadenopatia mediastinal ocorre em aproximadamente metade dos pacientes.

O linfoma não-Hodgkin afeta os linfonodos cervicais mais superiores tão freqüentemente quanto os inferiores. O triângulo posterior também é comumente envolvido. Linfadenopatia cervical bilateral está presente em cerca de 25% dos pacientes. Outros sítios de acometimento não-linfonodal são as estruturas do anel de Waldeyer (tonsilas, base da língua e rinofaringe), cavidade nasal, cavidades paranasais, e outros menos comuns, como glândula tireóide, cavidade oral, laringe e órbita. O diagnóstico é histopatológico, com biópsia excisional de um linfonodo representativo, ou de fragmento generoso de tecido nos casos de acometimento não-linfonodal. Os exames de imagem (tomografia computadorizada e ressonância magnética) são úteis no estadiamento da doença, planejamento terapêutico e acompanhamento da resposta ao tratamento.

5. Outras etiologias

Sarcoidose

É uma doença granulomatosa de etiologia desconhecida. Acomete mais as mulheres entre 20 e 40 anos. A linfonodomegalia está presente em 70-90% dos casos, associada ou não a doença pulmonar, hipercalcemia, distúrbios cardíacos e lesões de pele. O tratamento é a corticoterapia.

Doença de Kawasaki

Acomete crianças abaixo de três anos, sendo rara após os oito anos. Sua etiologia não está completamente esclarecida. A doença é caracterizada por febre e quatro dos seguintes sinais: conjuntivite bilateral não-exsudativa, alterações da mucosa da oral/faríngea, eritema de extremidades, exantema polimorfo e adenopatia por pelo menos cinco dias. O tratamento é com aspirina e imunoglobulina intravenosa em altas doses.

Doença de Castleman

É uma doença benigna de etiologia desconhecida, que ocorre em indivíduos de ampla faixa etária (seis a 60 anos). Há envolvimento de um único sítio de linfonodos, que geralmente têm de 3-10 cm de diâmetro. Pode ocorrer febre, fadiga e sudorese noturna. A biópsia excisional é diagnóstica e terapêutica.

Leituras recomendadas

1. Leung KC, Robson WL. Childhood cervical lymphadenopathy. *J Pediatr Health Care* 2004;18:3-7.
2. Turkington JRA, Paterson A, Sweeney LE, Thornbury GD. Neck masses in children. *Br J Radiol* 2005;78:75-85.
3. Metry D. Update on hemangiomas of infancy. *Curr Opin Pediatr* 2004;16:373-7.
4. Ridder GJ, Boedeker CC, Ihling KT, Sander A. Cat-scratch disease: otolaryngologic manifestations and management. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2005;132:353-8.
5. Crespo AN, Chone CT. Massas cervicais. In: Campos CAH, Costa HOO (eds) – Tratado de Otorrinolaringologia. Editora Rocha Ltda., 2003:238-44.