

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL REGIONAL DA ASA SUL
RESIDÊNCIA MÉDICA EM PEDIATRIA**

SUZANA COSTA REIS

**Perfil clínico e epidemiológico do paciente com adenomegalia atendido no
ambulatório de Infectologia Pediátrica do Hospital Regional da Asa Sul**

MONOGRAFIA DE ESPECIALIZAÇÃO EM PEDIATRIA

**Brasília-DF
2011**

SUZANA COSTA REIS

Perfil clínico e epidemiológico do paciente com adenomegalia atendido no ambulatório de Infectologia Pediátrica do Hospital Regional da Asa Sul

Monografia apresentada ao Programa de Residência Médica em Pediatria do Hospital Regional da Asa Sul, como requisito parcial para conclusão da Especialização em Pediatria.

Orientadora: Thereza Christina Corrêa Ribeiro

Brasília-DF

2011

www.paulomargotto.com.br

REIS, Suzana Costa

Perfil clínico e epidemiológico do paciente com adenomegalia atendido no ambulatório de Infectologia Pediátrica do Hospital Regional da Asa Sul/
Suzana Costa Reis. Brasília: Hospital Regional da Asa Sul, 2011.
viii, 33f.

Monografia de Especialização em Pediatria - Hospital Regional da Asa Sul -
Programa de Residência Médica em Pediatria.

Orientadora: Thereza Christina Corrêa Ribeiro.

**Clinical and epidemiological profile of patients with enlarged lymph
seen at the Pediatric Infectious Disease Clinic of the Hospital Regional da
Asa Sul**

1. Adenomegalia 2. Linfonodos 3. Ambulatório 4. Crianças

DEDICATÓRIA

A **DEUS**, pela permanente proteção, imprescindível para o meu desenvolvimento enquanto pessoa em todos os segmentos da vida.

Ao meu pai, **JOSÉ MARIA**, grande inspiração na escolha pela pediatria, por sua presença constante e valores preciosos ensinados.

À minha mãe, **ROSA**, exemplo de mãe e de mulher, pela dedicação, carinho e amor incondicional.

Ao meu noivo, **ALEXANDRE**, pelo apoio, carinho, confiança e dedicação.

Aos meus irmãos, **LUIZ ANTÔNIO, JULIANA e DANIEL**, grandes companheiros e incentivadores.

A toda minha **FAMÍLIA**, que me ensina a cada dia a importância da união.

Ao **HOSPITAL REGIONAL DA ASA SUL**, por ter se tornado um dos cenários mais importantes da minha vida, que esta monografia seja útil para o serviço.

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora, Dra. **THEREZA CHRISTINA CORRÊA RIBEIRO** por sua competência, dedicação e disponibilidade como orientadora em todas as etapas da confecção deste trabalho.

Ao Dr. **JEFFERSON AUGUSTO PINHEIRO**, por toda a paciência e atenção dedicada na elaboração deste estudo, facilitando a coleta de dados e aperfeiçoando a monografia.

A Dra. **JULIANA COSTA REIS CESTAROLLI**, grande irmã e amiga, por todo o apoio em vários momentos da minha vida, inclusive na realização deste trabalho.

Ao Dr. **TIAGO CESTAROLLI**, pelos conhecimentos em informática e estatística fundamentais para elaboração dos gráficos da monografia.

Ao Dr. **FILIPE LACERDA DE VASCONCELOS**, grande exemplo, pela teoria e prática ministrada neste período de formação, sendo sempre dedicado, paciente e amigo.

Aos staffs, pela infinidade de conhecimentos ensinados, em especial, Dr. **BRUNO VAZ**, Dr. **CARLOS ALBERTO MORENO ZACONETA**, Dr. **EDUARDO HECHT**, Dra. **ELISA CARVALHO**, Dra. **EVELY FRANÇA**, Dra. **MARIANGELA SAMPAIO**, Dra. **MARIANA GADELHA**, Dra. **MÔNICA LEITE**, Dra. **ELINDA SARAIVA**, Dra. **DENISE BONFIM**, Dra. **LISLIÊ CAPOULADE**, Dra. **MARISTELA BARBOSA**.

Aos meus colegas e amigos de residência que me acompanharam nesta jornada, sempre com grande incentivo e companheirismo, em especial, ao Dr. **JOÃO BATISTA CORDEIRO** pela sugestão do tema desta monografia e ao Dr. **PEDRO HENRIQUE REIS** por grande apoio na revisão bibliográfica e elaboração do trabalho.

Ao Hospital Regional da Asa Sul incluindo equipe multidisciplinar, por ter proporcionado o ambiente ideal para a minha formação, todo o meu carinho e respeito.

RESUMO

Introdução: Adenomegalia é achado ou queixa freqüente nas consultas pediátricas. Sua prevalência varia de acordo com a faixa etária e localização. Inúmeras doenças podem cursar com adenomegalia, porém a maioria é benigna e auto-limitada. O trabalho tem por objetivo definir o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes com adenomegalia atendidos no ambulatório de Infectologia Pediátrica do HRAS, correlacionando os resultados encontrados com a literatura, e buscando avaliar as dificuldades no manejo desta patologia para definição diagnóstica e prognóstico. **Material e métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo descritivo, por meio de protocolo de pesquisa, planilha do Excel e análise estatística. **Resultados:** Feito análise de 409 prontuários, sendo 383 pacientes preencheram os critérios de inclusão do estudo, destes 61% do sexo masculino e 39% do feminino. A faixa etária mais prevalente foi a de pré-escolar em 47%, seguido por escolar em 24% dos casos. Por procedência, houve predomínio de pacientes encaminhados das cidades satélites (58%) e das cidades do entorno de Brasília (25%). Na classificação, 83% adenomegalias foram localizadas e 17% generalizadas. A região cervical foi mais prevalente, encontrada em 67% da amostra. Em relação à caracterização, 78% dos pacientes tiveram adenomegalias sem sinais flogísticos. O diagnóstico mais prevalente foi adenomegalia reacional (41%), seguida por Adenite (24%) e Mononucleose (14%). Houve necessidade de biópsia somente em 2% dos casos (7 pacientes). No acompanhamento, houve remissão do quadro em 369 pacientes (96%), encaminhamento para outras especialidades em 14 pacientes (4%). **Conclusão:** A maioria das adenomegalias é reacional, auto-limitada e benigna. A prevalência de tumores malignos entre os pacientes atendidos no contexto de cuidados primários é relativamente baixa. O pediatra, por meio de anamnese e exame físico criteriosos, deve estar atento e preparado para fazer o diagnóstico, suspeitar de doenças mais graves e encaminhar, quando necessário ao especialista.

Palavras chaves: adenomegalia, linfonodos, ambulatório, crianças.

ABSTRACT

Introduction: Lymphadenopathy is found or a frequent complaint in pediatric visits. Its prevalence varies according to age and location. Several diseases may present with lymph node, but the majority is benign and self-limiting. The study aims to define the clinical and epidemiological profile of patients with enlarged lymph seen at the Pediatric Infectious Disease Clinic of the HRAS, correlated the results with the literature, and attempting to evaluate the difficulties in the management of this pathology for a definitive diagnosis and prognosis. **Materials e Methods:** It was realized a retrospective descriptive study, through the research protocol, Excel spreadsheet and statistical analysis. **Results:** Made analysis of 409 medical records, with 383 patients fulfilled the inclusion criteria of the study, 61% of males and 39% female. The most prevalent age group is pre-school 47%, followed by school at 24% of cases. By the origin, there was a predominance of patients referred from satellite towns (58%) and environment of Brasília (25%). In the classification, 83% of enlarged lymph nodes were located and 17% generalized. The cervical region was the most prevalent, found in 67% of the sample. Regarding characterization, 78% of patients had enlarged lymph nodes without signs of inflammation. The most prevalent diagnosis was reactive adenopathy (41%), followed by adenitis (24%) and mononucleosis (14%). Biopsy was necessary in only 2% of the sample (7 patients). At follow-up, there was clinical remission in 369 patients (96%), and direction to other specialties in 14 patients (4%). **Conclusion:** The majority enlarged lymph nodes is reactive, self-limited and benign. The prevalence of malignancy among patients treated in primary care settings is relatively low. The pediatrician, thorough history and physical examination, should be on alert and prepared to make the diagnosis, suspecting of more serious diseases and refer when necessary to the expert.

Key words: enlarged lymph, lymph nodes, clinic, children.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1- Distribuição por gênero dos pacientes com adenomegalia atendidos no ambulatório de Infectologia Pediátrica do HRAS no período de 05 de janeiro de 2007 a 15 de julho de 2011.....	13
FIGURA 2- Distribuição por faixa etária dos pacientes com adenomegalia atendidos no ambulatório de Infectologia Pediátrica do HRAS no período de 05 de janeiro de 2007 a 15 de julho de 2011.....	14
FIGURA 3- Distribuição por procedência dos pacientes com adenomegalia atendidos no ambulatório de Infectologia Pediátrica do HRAS no período de 05 de janeiro de 2007 a 15 de julho de 2011.....	14
FIGURA 4- Distribuição por regiões dos pacientes com adenomegalia atendidos no ambulatório de Infectologia Pediátrica do HRAS no período de 05 de janeiro de 2007 a 15 de julho de 2011.....	15
FIGURA 5- Distribuição no DF dos pacientes com adenomegalia atendidos no ambulatório de Infectologia Pediátrica do HRAS no período de 05 de janeiro de 2007 a 15 de julho de 2011.....	15
FIGURA 6- Distribuição quanto à classificação das adenomegalias dos pacientes atendidos no ambulatório de Infectologia Pediátrica do HRAS no período de 05 de janeiro de 2007 a 15 de julho de 2011.....	16
FIGURA 7- Distribuição quanto à localização das adenomegalias dos pacientes atendidos no ambulatório de Infectologia Pediátrica do HRAS no período de 05 de janeiro de 2007 a 15 de julho de 2011.....	16
FIGURA 8- Distribuição quanto às características das adenomegalias dos pacientes atendidos no ambulatório de Infectologia Pediátrica do HRAS no período de 05 de janeiro de 2007 a 15 de julho de 2011.....	17
FIGURA 9- Distribuição por diagnóstico das adenomegalias dos pacientes atendidos no ambulatório de Infectologia Pediátrica do HRAS no período de 05 de janeiro de 2007 a 15 de julho de 2011.....	17
FIGURA 10- Pacientes com adenomegalia atendidos no ambulatório de Infectologia Pediátrica do HRAS no período de 05 de janeiro de 2007 a 15 de julho de 2011 que tiveram diagnóstico de Mononucleose confirmada por exame.....	18
FIGURA 11- Número de pacientes com reação a BCG com indicação de isoniazida.....	18
FIGURA 12- Distribuição quanto à indicação de biópsia dos pacientes com adenomegalia atendidos no ambulatório de Infectologia Pediátrica do HRAS no período de 05 de janeiro de 2007 a 15 de julho de 2011.....	19
FIGURA 13- Laudos das biópsias dos pacientes com adenomegalia atendidos no ambulatório de Infectologia Pediátrica do HRAS no período de 05 de janeiro de 2007 a 15 de julho de 2011.....	19
FIGURA 14- Evolução dos pacientes com adenomegalia atendidos no ambulatório de Infectologia Pediátrica do HRAS no período de 05 de janeiro de 2007 a 15 de julho de 2011.....	20

LISTA DE ABREVIATURAS

BA	Bahia
BCG	Bacilo Calmette-Guérin
CMV	Citomegalovírus
DF	Distrito Federal
EBV	Epstein-Barr
GO	Goiás
HIV	Human immunodeficiency virus
HRAS	Hospital Regional da Asa Sul
MG	Minas Gerais
PB	Paraíba
PI	Piauí
PPD	Derivado Protéico Purificado
RO	Roraima
TO	Tocantins
VHS	Velocidade de hemossedimentação

SUMÁRIO

Resumo.....	V
Abstract.....	VI
Lista de figuras.....	VII
Lista de abreviaturas.....	VIII
1. Introdução.....	1
2. Objetivos.....	6
2.1. Objetivo Geral.....	7
2.2. Objetivo Específico.....	7
3. Material e Métodos.....	8
3.1. Local do Estudo.....	9
3.2. Delineamento do Estudo.....	9
3.3. Critérios de Inclusão.....	10
3.4. Critérios de Exclusão.....	10
3.5. Análise Estatística.....	10
3.6. Aspectos Éticos.....	10
3.7. Normas Bibliográficas Adotadas.....	11
3.8. Definições Adotadas.....	11

1. INTRODUÇÃO

A adenomegalia é queixa frequente em anamnese e achado comum em exame físico na prática clínica do pediatra. O corpo humano possui cerca de 600 gânglios linfáticos, mas apenas aqueles em regiões cervical, submandibular, axilar ou inguinal podem normalmente ser palpáveis em pessoas híginas. O sistema linfóide cresce rapidamente durante a infância e atinge o dobro do tamanho adulto no início da adolescência. A partir dessa fase, inicia a regressão, alcançando a maturidade por volta de 20 a 25 anos.¹

Linfadenopatia é definida como doença dos gânglios linfáticos, seja por alteração do tamanho e/ou da consistência de um linfonodo ou grupo de linfonodos. Esse termo é comumente usado para designar linfonodomegalia ou adenomegalia, que é o aumento dos linfonodos. Linfadenopatia é extremamente comum na faixa etária pediátrica e representa um processo benigno em aproximadamente 80% dos casos. Em contraste, nos adultos, mais frequentemente reflete doença grave.^{1,2}

Criança frequentemente tem linfonodos palpáveis, pois seu sistema imunológico está sendo ativado por antígenos ambientais e por microorganismos aos quais são comumente expostos. Os linfonodos são estruturas que após uma grande variedade de estímulos patológicos podem responder com inflamação e hiperplasia. O aumento do tamanho dos linfonodos deve-se à proliferação de elementos linfóides normais, à infiltração por células malignas ou fagocitárias e a um processo patológico à distância, o que causa uma hiperplasia reativa a estimulação antigênica, a qual chegará ao gânglio por meio da drenagem linfática.^{3,4}

A prevalência de linfadenopatia varia de acordo com a idade e localização. Os linfonodos começam a ser palpáveis próximo da sexta semana de vida. Aproximadamente 30% das crianças nos primeiros seis meses de idade apresentam adenomegalia nas regiões occipital e cervical. Linfonodos cervicais e inguinais são mais comuns após 2 anos de idade do que nos primeiros seis meses de vida, sendo eles móveis, indolores, fibroelásticos e de até 1.5 cm de diâmetro. Os maiores tamanhos ganglionares são observados nas crianças entre 4 a 8 anos. Pequenos linfonodos em região occipital e retroauricular são comuns na infância, mas não em crianças maiores. Adenopatia supraclavicular e epitrocLEAR são incomuns em qualquer idade.^{3,4}

Admite-se que linfonodos palpáveis com diâmetro de até 2 cm na região cervical frequentemente são encontrados em crianças saudáveis ou que apresentam passado recente de infecção de vias aéreas superiores. Linfonodos de 1 cm na região axilar e 1.5 cm na região inguinal também são considerados normais desde que indolores, não aderentes e elásticos em crianças saudáveis sem quadro clínico aparente. A presença de linfonodo supraclavicular

mesmo pequeno (menor que 0.5 cm) exige rigorosa investigação por haver possibilidade de malignidade.⁵

Em neonatos são normalmente impalpáveis. Linfadenopatia localizada pode ser encontrada em 33% dos neonatos e crianças, usualmente em áreas de drenagem de irritação de pele ou infecção localizada. A adenopatia generalizada é rara em RN e se presente pode ser devida a uma infecção congênita como citomegalovírus.⁶

Determinar a etiologia das adenomegalias na infância constitui um verdadeiro desafio diagnóstico, em função de sua diversidade etiológica.¹ As causas podem ser divididas por generalizadas (acometem mais de 3 regiões ganglionares não contíguas)¹ e localizadas:⁷

1. GENERALIZADAS:

- Doenças auto-imunes: dermatomiosite, lúpus eritematoso, artrite reumatóide;
- Infecções: citomegalovírus, histoplasmose, HIV, HTLV, mononucleose, rubéola, toxoplasmose, varicela e tuberculose;
- Doença de armazenamento lipídico: doença de Gaucher, doença de Niemann-Pick;
- Neoplasias:
 - Primárias: doenças histiocíticas, doença de Hodgkin, doenças linfoproliferativas, linfoma não-Hodgkin, linfoproliferação pós-transplante;
 - Metastáticas: leucemia, neuroblastoma, rhabdomyosarcoma;
- Reação a medicamentos: alopurinol, atenolol, captopril, carbamazepina, cefalosporina, hidralazina, penicilina, fenitoína, sulfonamidas;¹
- Outras: doença de Castleman, sarcoidose e doença do soro.

2. REGIONAIS:

- Abdominal: neoplasia, adenite mesentérica;
- Axilar: doença da arranhadura do gato, neoplasia, infecções do braço e parede torácica;
- Cervical: doença de Kawasaki, neoplasias, mononucleose, histiocitose sinusal (Doença de Rosai-Dorfman), adenite ou amigdalite estreptocócica/estafilocócica, toxoplasmose;
- Inguinal: infecções de perna e virilha;
- Mediastinal: coccidiodomicose, histoplasmose, malignidades, sarcoidose, tuberculose;
- Occipital: roséola, rubéola, infecções do couro cabeludo;
- Pré-auricular: doença da arranhadura do gato, infecções oculares;
- Submandibular: histoplasmose, linfomas de Hodgkin e não Hodgkin, tuberculose.

O acometimento da região cervical é mais comum na infância.^{8,9,10} A linfadenite aguda bilateral geralmente é manejada de forma conservadora. Porém, se há suspeita de infecção bacteriana, está indicado tratamento com antimicrobiano com espectro para estafilococo e estreptococo. A linfadenite cervical regride espontaneamente na maioria das crianças ao longo de várias semanas. Reativação pode ocorrer em crianças que têm predisposição a infecções ou se há uma fonte oculta de infecção que não foi adequadamente tratada. Iniciado o tratamento, o hemograma completo com VHS pode auxiliar no acompanhamento. A drenagem cirúrgica é necessária se houver formação de abscesso sem regressão ou drenagem espontânea.^{11,12} O tratamento com glicocorticoide deve ser evitado antes da realização do diagnóstico definitivo, pois pode mascarar ou retardar o diagnóstico histológico de leucemia ou linfoma. Não é necessário identificar a etiologia de cada caso de linfadenite cervical já que a maioria dos casos, particularmente aqueles que são agudos e bilaterais, são benignos e auto-limitados¹³

Crianças, exceto no período neonatal, costumam apresentar adenomegalia no curso clínico de muitas doenças da infância que geralmente são benignas, auto-limitadas e não necessitam de investigação laboratorial e tratamento. Na anamnese, devem ser valorizados a idade, o tempo de evolução da adenopatia, a localização e as características da palpação do gânglio, a presença de sintomatologia associada (febre, perda ponderal, astenia, palidez, fenômenos hemorrágicos, “rash cutâneo”, artralgia, artrite, hepato e/ou esplenomegalia, estado nutricional), assim como o contato prévio com doenças infecto-contagiosa, afecções dentárias ou da cavidade oral, lesões de pele ou trauma, contato com animais, o uso prévio de medicamentos e a história vacinal. No exame físico é importante a análise de toda a cadeia ganglionar, a aderência aos planos superficial e profundo, a extensão e o número de linfonodos, os sinais de inflamação e o exame segmentar completo com ênfase na hepatomegalia e esplenomegalia.^{13,14,15,16,17,18,19}

Mesmo nas adenomegalias associadas a processos benignos, o aumento de volume do gânglio pode persistir por longos períodos após cessada a causa inicial podendo estar refletindo um processo reativo antigo e não patológico atual. Existe um grande contingente de adenomegalia na infância, principalmente na região de cabeça e pescoço que é causado por agentes infecciosos especialmente vírus cujo isolamento laboratorial é difícil e caro.⁴ A observação clínica, associada ou não à investigação laboratorial, está indicada em crianças com linfonodomegalia localizada, móvel, não coalescente, indolor, sem sinais flogísticos locais, não associada à queixa de emagrecimento e febre persistente. Na maior parte desses casos, a linfonodomegalia está relacionada à hiperplasia reativa na qual, geralmente, ocorre regressão espontânea.¹³

Os exames laboratoriais que podem ser necessários na avaliação de uma criança com linfadenopatia incluem hemograma completo, velocidade de hemossedimentação, sorologias (mononucleose, citomegalovírus, HIV, toxoplasmose, *Bartonella henselae*, tularemia, sífilis, dentre outros). A leucopenia e presença de linfócitos atípicos são achados importantes que podem sugerir uma etiologia (mononucleose, doença linfoproliferativa auto-imune, neoplasia).¹³

Devem ser valorizados os linfonodos de consistência aumentada, aderentes, duros, indolores, com aumento progressivo de diâmetro, sem sinais inflamatórios, especialmente de localização não habitual como regiões supraclaviculares e epitrocLEAR. É importante também uma investigação cuidadosa na palpação de linfonodos em qualquer região presentes no período neonatal devido ao risco de patologias graves. Em caso de adenomegalias de evolução prolongada, deve-se iniciar a investigação com exames: hemograma, VHS, teste tuberculínico e radiografia de tórax. Exames de maior complexibilidade poderão ser solicitados de acordo com a triagem inicial e principalmente com as características dos linfonodos ao exame físico. Dessa forma, podem ser solicitados ultra-sonografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética, testes sorológicos específicos e exames histopatológico do linfonodo.⁵

O seguimento clínico do paciente por um período aproximado de duas a quatro semanas é, geralmente, suficiente para que ocorra regressão do quadro clínico ou se defina melhor os dados que irão orientar a investigação diagnóstica.^{4,13}

Diante da diversidade etiológica desta doença e de sua freqüência na prática clínica do pediatra, o trabalho tem como objetivo definir o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes atendidos em ambulatório de referência do Distrito Federal localizado no Hospital Regional da Asa Sul, correlacionando dados encontrados com a literatura e avaliando as dificuldades no manejo desta patologia.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral:

Definir dados clínicos e epidemiológicos dos pacientes com adenomegalia atendidos no ambulatório de Infectologia Pediátrica do HRAS.

2.2. Objetivo específico:

Correlacionar os resultados obtidos com os dados da literatura, buscando avaliar as dificuldades no manejo desta patologia para definição diagnóstica e prognóstico.

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1. Local do Estudo:

O Hospital Regional da Asa Sul (HRAS), situado em Brasília-DF é considerado hospital de referência no tratamento de enfermidades na Pediatria. É composto por 81 leitos pediátricos, sendo 16 leitos na enfermaria de Doenças Infecciosas e Parasitárias, constituindo-se no principal hospital pediátrico da rede pública de saúde no Distrito Federal. O ambulatório de Infectologia Pediátrica do HRAS é considerado referência para o encaminhamento de pacientes com adenomegalia. Esse ambulatório é feito semanalmente e realiza em média 73 atendimentos por mês contando com apoio de 1 médico infectologista, 2 médicos residentes de infectologia pediátrica e 3 residentes de pediatria.



3.2. Delineamento do Estudo:

Estudo retrospectivo descritivo das crianças com diagnóstico de adenomegalia atendidas no ambulatório de Infectologia Pediátrica do Hospital Regional da Asa Sul (HRAS) no período de 05 de janeiro de 2007 a 15 de julho de 2011.

A coleta de dados nos prontuários foi realizada no período de 15 de agosto a 30 de setembro de 2011 após aprovação prévia do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretária de Saúde do Distrito Federal (CEP/SES-DF).

A amostra consistiu de pacientes acompanhados no ambulatório de Infectologia Pediátrica do HRAS que preencheram os critérios de inclusão, totalizando 383 crianças com adenomegalia atendidas no período referido.

O protocolo de pesquisa foi elaborado com dados epidemiológicos (gênero, faixa etária e procedência) e clínicos (localização, características, etiologia e evolução) dos pacientes com adenomegalia (**ANEXO 1**).

Os prontuários médicos foram analisados pelo mesmo pesquisador, visando identificar as variáveis definidas previamente, e evitar viés de aferição.

3.3. Critérios de Inclusão:

Pacientes com queixa de adenomegalia atendidos na primeira consulta no local e período supra-citados que preencheram os critérios do protocolo elaborado.

3.4. Critérios de Exclusão:

I. Prontuários com dados incompletos, exceto quanto ao dado de procedência. Nos anos de 2007 e 2008, foram verificados pacientes sem registro de procedência, porém não foram excluídos (142 prontuários) para não alterar o perfil clínico do estudo;

II. Diagnósticos diferenciais tais como: infecção ou cálculo nas glândulas salivares, anomalias congênitas (cisto de fenda branquial, higroma cístico, cisto de ducto tireoglosso), nódulo de tireóide, edema de tecidos moles após trauma, hematoma, hérnia inguinal, hemangioma, linfangioma, lipoma e cisto dermóide.

3.5. Análise Estatística:

Análise estatística dos dados epidemiológicos (gênero, faixa etária e procedência) e clínicos (localização, características, etiologia e evolução) da pesquisa foi realizada por meio de planilhas e gráficos do Excel.

3.6. Aspectos Éticos:

Este estudo foi realizado após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Secretária de Saúde do Distrito Federal, tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, registrado com protocolo 307/2011 aprovado em 09 de agosto de 2011 (**ANEXO 2**).

O protocolo de pesquisa foi armazenado em arquivo no Hospital Regional da Asa Sul, onde apenas os pesquisadores têm acesso.

3.7. Normas Bibliográficas Adotadas:

Referências: adaptadas do *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

As abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

3.8. Definições Adotadas:

- Adenomegalia:** aumento do linfonodo;²
- Linfadenite ou Adenite:** inflamação do linfonodo;^{1,2}
- Recém-nascido:** 0 a 28 dias;²⁰
- Lactentes:** 29 dias a 2 anos incompletos;²⁰
- Pré-escolar:** 2 anos completos a 6 anos incompletos;²¹
- Escolar:** 6 anos completos a 10 anos incompletos;²²
- Adolescente:** 10 anos completos a 18 anos completos;²³
- Linfadenopatia regional ou localizada:** resultado de infecção do gânglio envolvido e/ou na sua área de drenagem;¹
- Linfadenopatia generalizada:** três ou mais grupos anatomicamente distintos de linfonodos são envolvidos;¹
- Presença de sinais flogísticos:** hiperemia, dor, aumento de temperatura local e flutuação;¹⁴
- Ausência de sinais flogísticos:** móvel, indolor e fibroelástico;¹⁴
- Reação a BCG:** úlcera no local da aplicação com diâmetro superior a 1 cm, abscesso subcutâneo frio e linfadenopatia regional supurada.²⁴

4. RESULTADOS

No período de 05 de janeiro de 2007 a 15 de julho de 2011, foram realizados 4047 atendimentos no ambulatório de Infectologia Pediátrica do HRAS, sendo 20% desta amostra de pacientes com diagnóstico de adenomegalia, contabilizando também os retornos.

Foram analisados 408 prontuários associados ao diagnóstico de adenomegalia. Desta amostra, foram excluídos 25 pacientes (6%) que não preencheram os critérios de inclusão.

Os critérios de inclusão da pesquisa foram preenchidos em 383 pacientes com adenomegalia no período referido.

Do total da amostra obtida, 235 pacientes (61%) foram do sexo masculino e 148 pacientes (39%) do feminino (**FIGURA 1**).

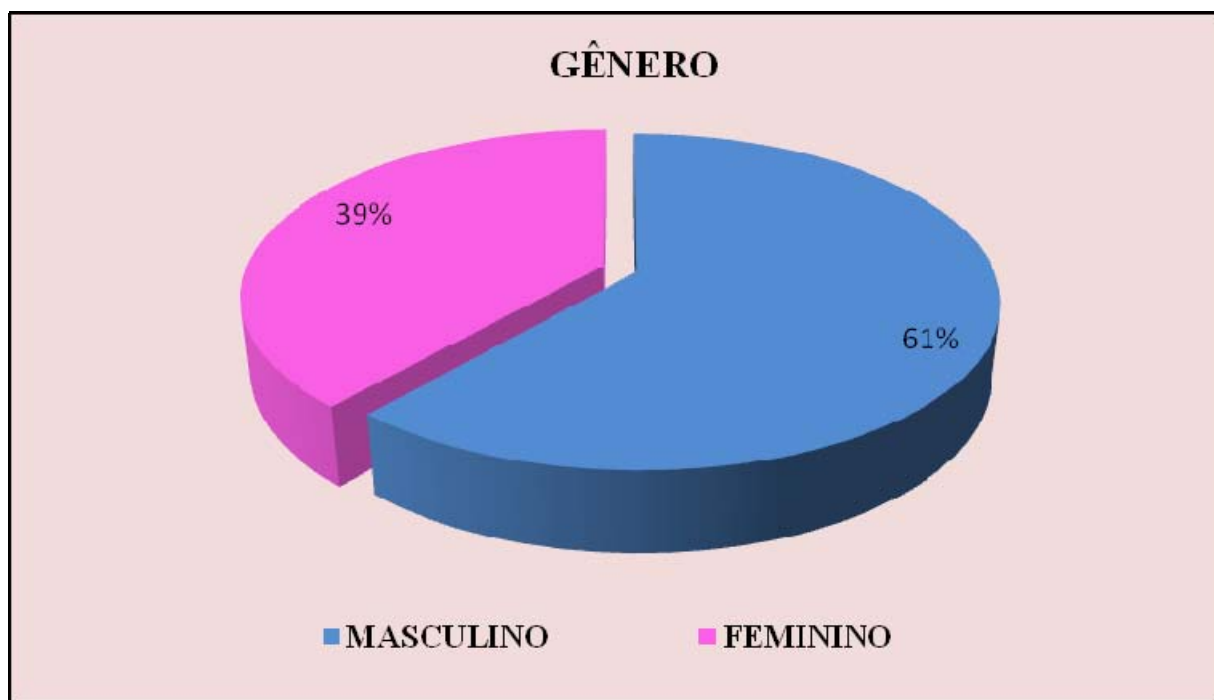


FIGURA 1- Distribuição por gênero dos pacientes com adenomegalia atendidos no ambulatório de Infectologia Pediátrica do HRAS no período de 05 de janeiro de 2007 a 15 de julho de 2011.

FONTE: Protocolo de pesquisa.

Quanto à faixa etária, 63 pacientes (16%) eram lactentes; 178 pacientes (47%) pré-escolares; 93 pacientes (24%) escolares; e 49 pacientes (13%) adolescentes (**FIGURA 2**).

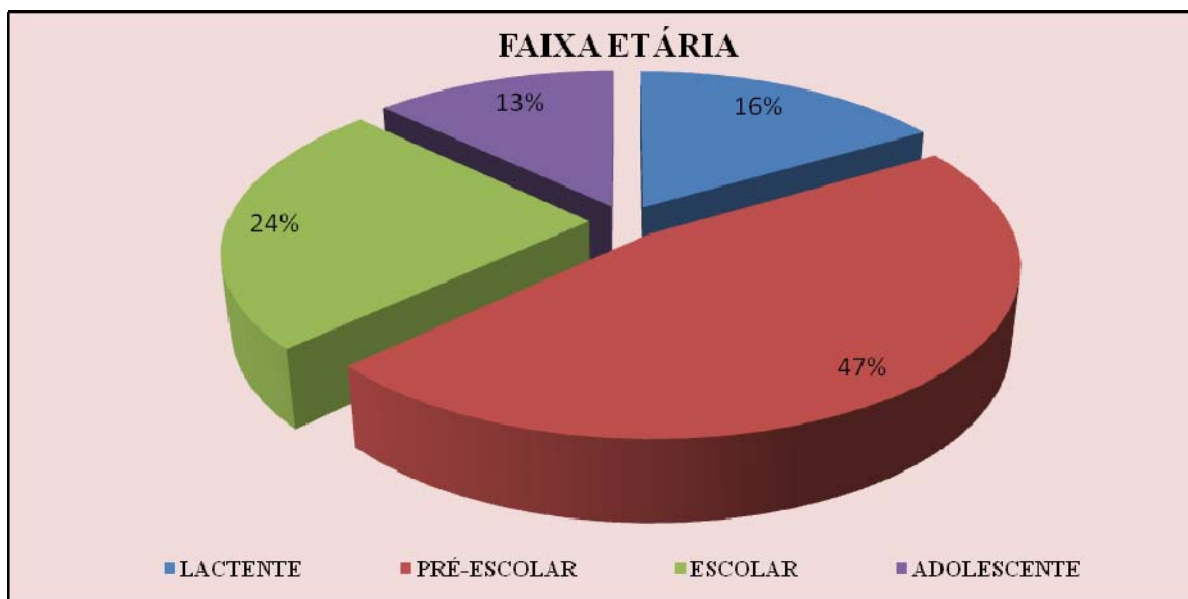


FIGURA 2 - Distribuição por faixa etária dos pacientes com adenomegalia atendidos no ambulatório de Infectologia Pediátrica do HRAS no período de 05 de janeiro de 2007 a 15 de julho de 2011.

FONTE: Protocolo de pesquisa.

Em relação à procedência, 142 prontuários (37%) foram excluídos, pois não constavam informações relativas a esse dado. Esses prontuários se referiam principalmente ao ano de 2007 e 2008.

Do restante da amostra (241 prontuários), 140 pacientes (58%) foram procedentes das cidades satélites, 60 pacientes (25%) das cidades do entorno de Brasília (pertencentes Goiás), 25 pacientes (10.6%) de Brasília, 15 pacientes (6%) de outros estados e 1 paciente (0.4%) de Israel (**FIGURA 3**).

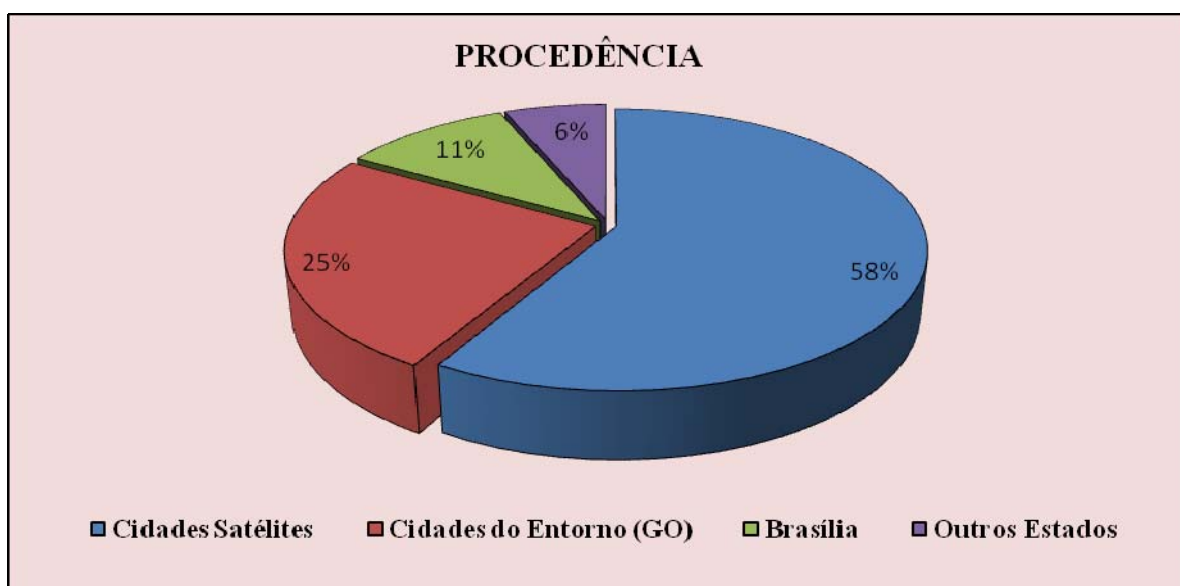


FIGURA 3- Distribuição por procedência dos pacientes com adenomegalia atendidos no ambulatório de Infectologia Pediátrica do HRAS no período de 05 de janeiro de 2007 a 15 de julho de 2011.

FONTE: Protocolo de pesquisa.

Por localidades, dos 241 pacientes, 165 (68.6%) pacientes foram do Distrito Federal, 60 pacientes (25%) de Goiás, 8 pacientes (3.4%) de Minas Gerais, 2 pacientes (1%) da Bahia, 1 paciente (0.4 %) da Paraíba, 1 paciente (0.4 %) do Piauí, 1 paciente (0.4 %) de Roraima, 1 paciente (0.4 %) Tocantins e 1 paciente (0.4 %) de Israel (**FIGURA 4**).

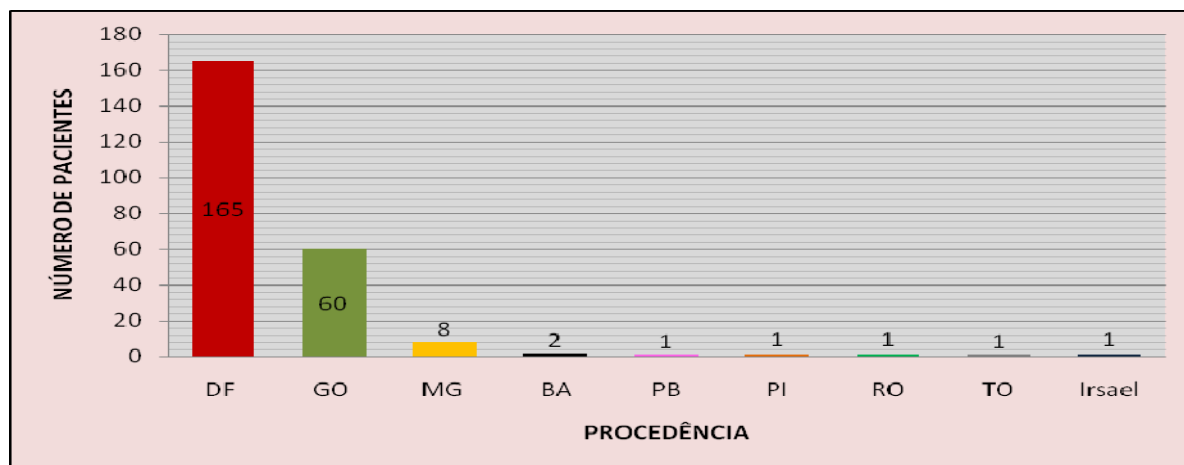


FIGURA 4- Distribuição por localidades dos pacientes com adenomegalia atendidos no ambulatório de Infectologia Pediátrica do HRAS no período de 05 de janeiro de 2007 a 15 de julho de 2011.

FONTE: Protocolo de pesquisa.

Da amostra do Distrito Federal (165 pacientes), 25 pacientes (15%) eram de Brasília. As cidades satélites mais prevalentes foram Samambaia com 21 pacientes (12.6%); Gama com 16 pacientes (10%); Santa Maria com 14 pacientes (8.4%); São Sebastião e Ceilândia com 12 pacientes (7.2%). Em menor porcentagem foi verificado Recanto das Emas com 8 pacientes (5%); Riacho Fundo, Brazlândia, Paranoá e Sobradinho com 7 pacientes cada (4.2%); Taguatinga com 6 pacientes (3.6%); Planaltina com 5 pacientes (3%); Candangolândia e Estrutural com 4 pacientes cada (2.4%); Núcleo Bandeirante e Guará com 3 pacientes cada (2%); Cruzeiro com 2 pacientes (1.2%); Varjão e Águas Claras com 1 paciente cada (0.6%) (**FIGURA 5**).

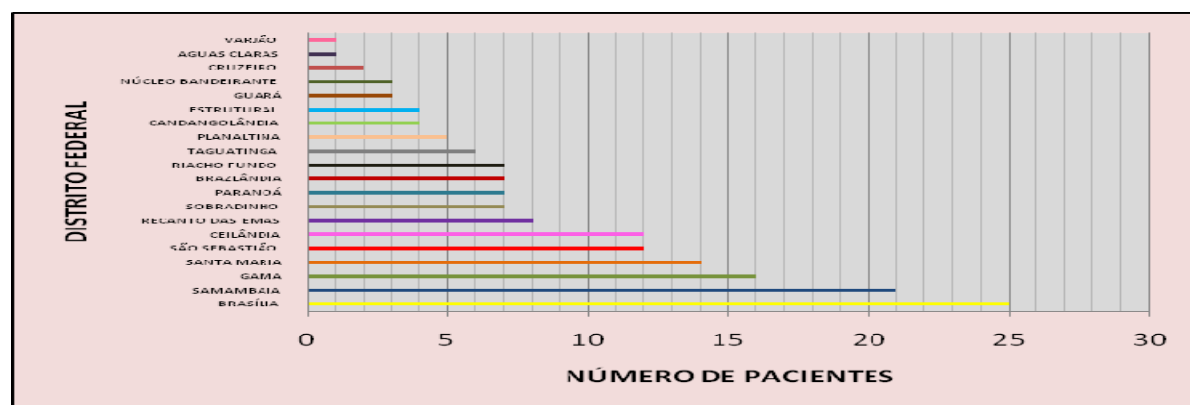


FIGURA 5- Distribuição no DF dos pacientes com adenomegalia atendidos no ambulatório de Infectologia Pediátrica do HRAS no período de 05 de janeiro de 2007 a 15 de julho de 2011.

FONTE: Protocolo de pesquisa.

Quanto à classificação, 319 pacientes (83%) apresentavam adenomegalia localizada ou regional e 64 pacientes (17%) generalizada (**FIGURA 6**).

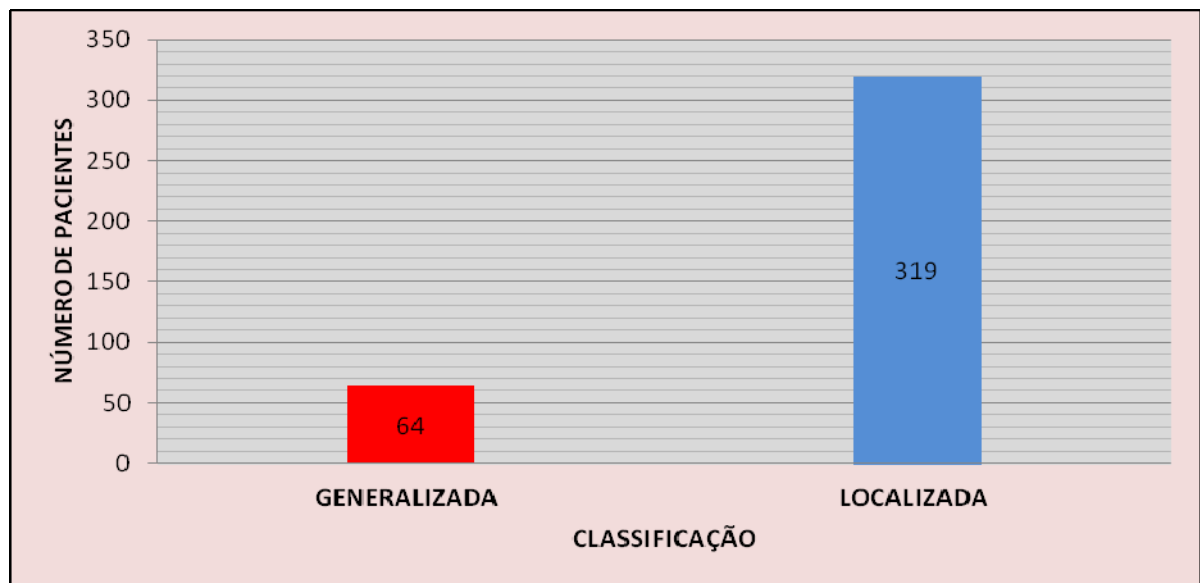


FIGURA 6 - Distribuição quanto à classificação das adenomegalias dos pacientes atendidos no ambulatório de Infectologia Pediátrica do HRAS no período de 05 de janeiro de 2007 a 15 de julho de 2011.

FONTE: Protocolo de pesquisa.

De acordo com a localização das adenomegalias regionais, houve maior prevalência 214 pacientes (67%) na região cervical. Seguido por submandibular em 39 pacientes (12.2%), axilar em 33 pacientes (10.3%). Em menor prevalência, estão epitrocLEAR em 1 paciente (0.4%); retro-auricular, pré-auricular e torácica com 4 pacientes cada (1.2%); supraclavicular em 8 pacientes (2.5%); inguinal em 12 pacientes (4%) (**FIGURA 7**).

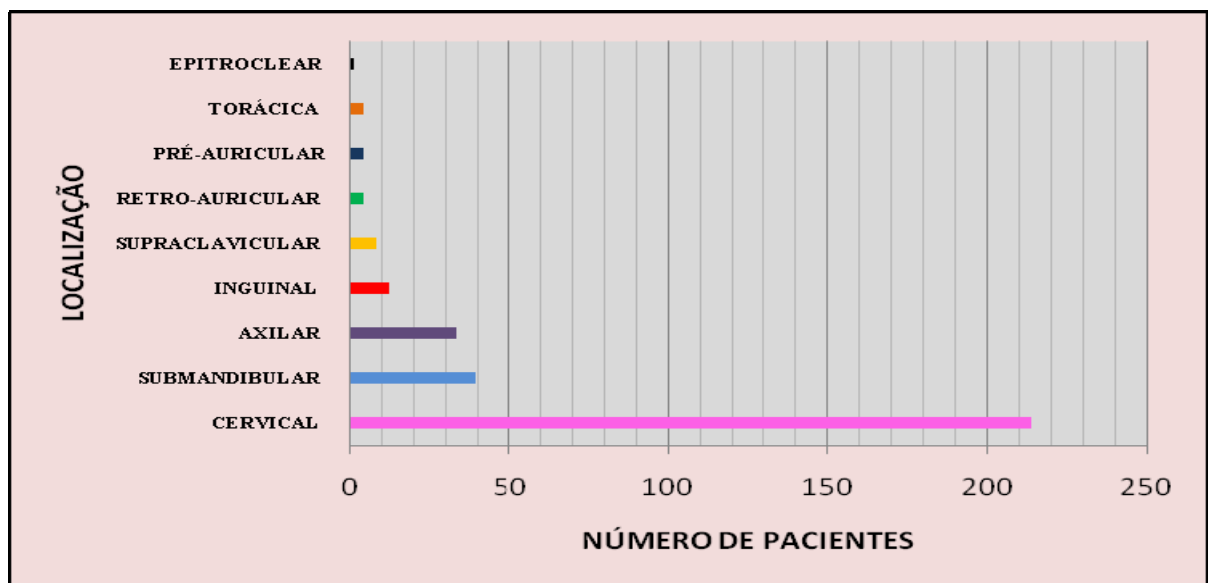


FIGURA 7- Distribuição quanto à localização das adenomegalias dos pacientes atendidos no ambulatório de Infectologia Pediátrica do HRAS no período de 05 de janeiro de 2007 a 15 de julho de 2011.

FONTE: Protocolo de pesquisa.

Em relação à caracterização da adenomegalia, foram encontrados 298 pacientes (78%) sem sinais flogísticos, 73 pacientes com sinais flogísticos (19%) e 12 pacientes (3%) com adenomegalia resolvida ao exame físico (**FIGURA 8**).

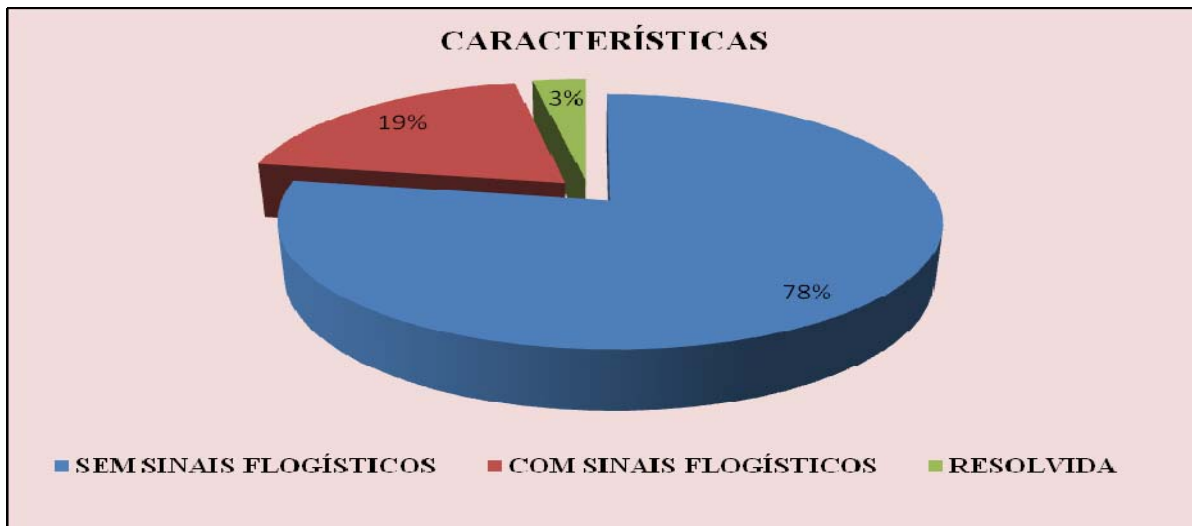


FIGURA 8- Distribuição quanto às características das adenomegalias dos pacientes atendidos no ambulatório de Infectologia Pediátrica do HRAS no período de 05 de janeiro de 2007 a 15 de julho de 2011.

FONTE: Protocolo de pesquisa.

Quanto às etiologias, foi diagnosticado adenomegalia reacional em 157 pacientes (41%) e adenite em 91 pacientes (24%). Seguido por mononucleose em 52 pacientes (14%), toxoplasmose adquirida 21 pacientes (5%), reação adversa à BCG e doença da arranhadura do gato em 16 pacientes cada (4%), síndrome mononucleose-like em 11 pacientes (3%), citomegalovírus em 10 pacientes (3%). Outros diagnósticos menos frequentes foram encontrados em 9 pacientes (2%): Tuberculose ganglionar em 5 pacientes (1.2%), doença de Rosai-Dorfman em 1 paciente (0.2%), blastomicose em 1 paciente (0.2%), HiperIgE em 1 paciente (0.2%), e doença de Hodgkin em 1 paciente (0.2%) (**FIGURA 9**).

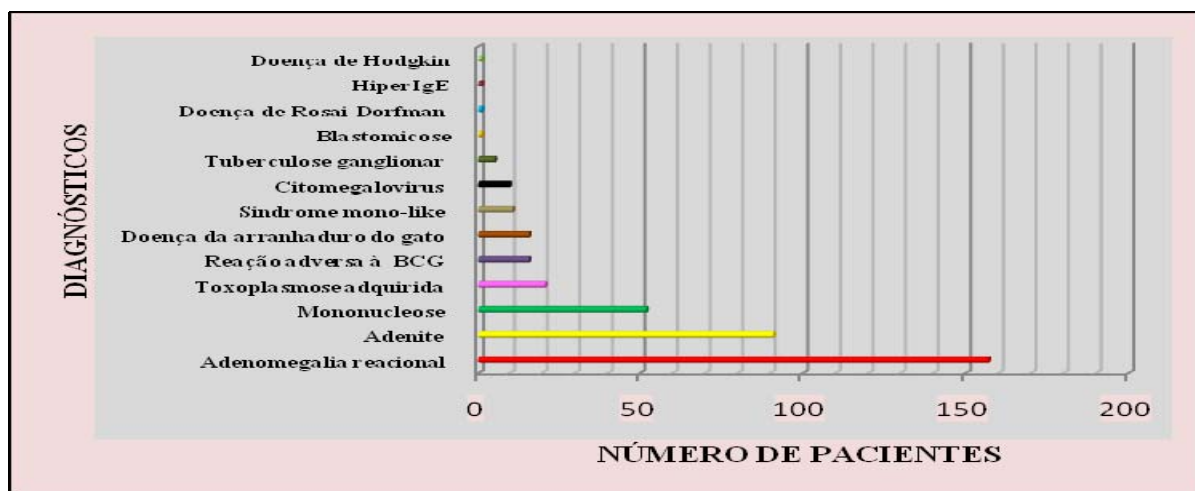


FIGURA 9- Distribuição por diagnóstico das adenomegalias dos pacientes atendidos no ambulatório de Infectologia Pediátrica do HRAS no período de 05 de janeiro de 2007 a 15 de julho de 2011.

FONTE: Protocolo de pesquisa.

Pacientes com adenomegalia que tiveram diagnóstico de mononucleose infecciosa (52 pacientes) foram confirmados (sorologia Epstein-Barr ou monoteste) em 20 pacientes (38%) e feito diagnóstico clínico em 32 pacientes (62%) (**FIGURA 10**).

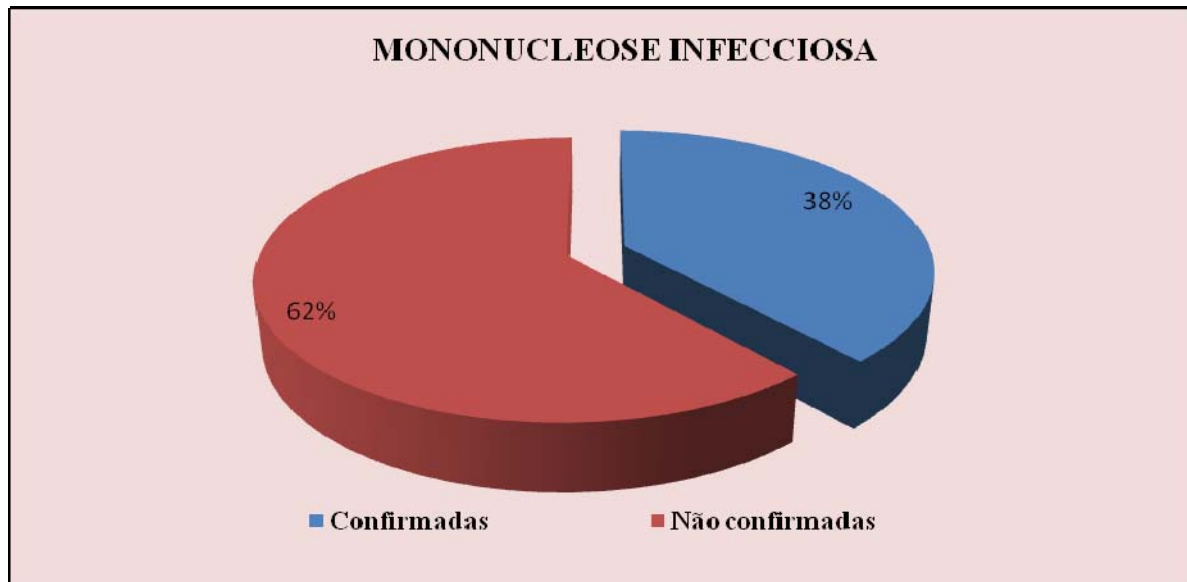


FIGURA 10- Pacientes com adenomegalia atendidos no ambulatório de Infectologia Pediátrica do HRAS no período de 05 de janeiro de 2007 a 15 de julho de 2011 que tiveram diagnóstico de Mononucleose confirmada por exame.

FONTE: Protocolo de pesquisa.

Reação a BCG foi encontrada em 16 pacientes (4%). Destes pacientes, apenas 4 pacientes (25%) tiveram indicação de uso de isoniazida, sendo encaminhados a Pneumologia Sanitária e 12 pacientes (75%) sem indicação de uso da medicação (**FIGURA 11**).

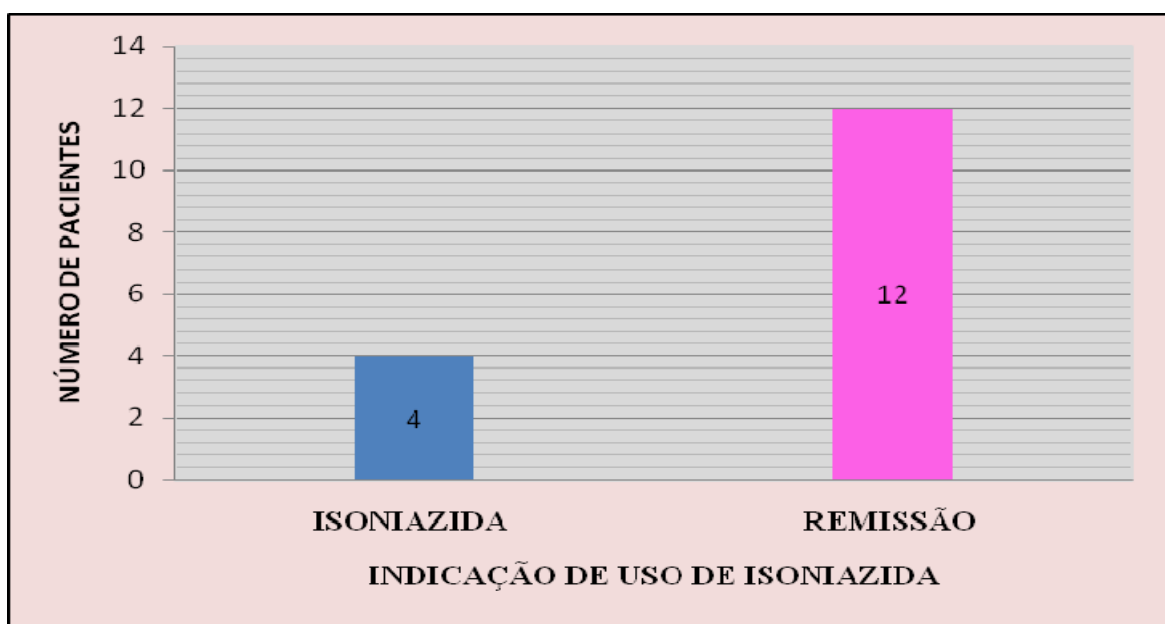


FIGURA 11- Número de pacientes com reação a BCG com indicação de isoniazida

FONTE: Protocolo de pesquisa.

Houve indicação de biópsia em 2% dos casos (7 pacientes), e em 98% (376 pacientes) não houve necessidade de biópsia para o diagnóstico (**FIGURA 12**).

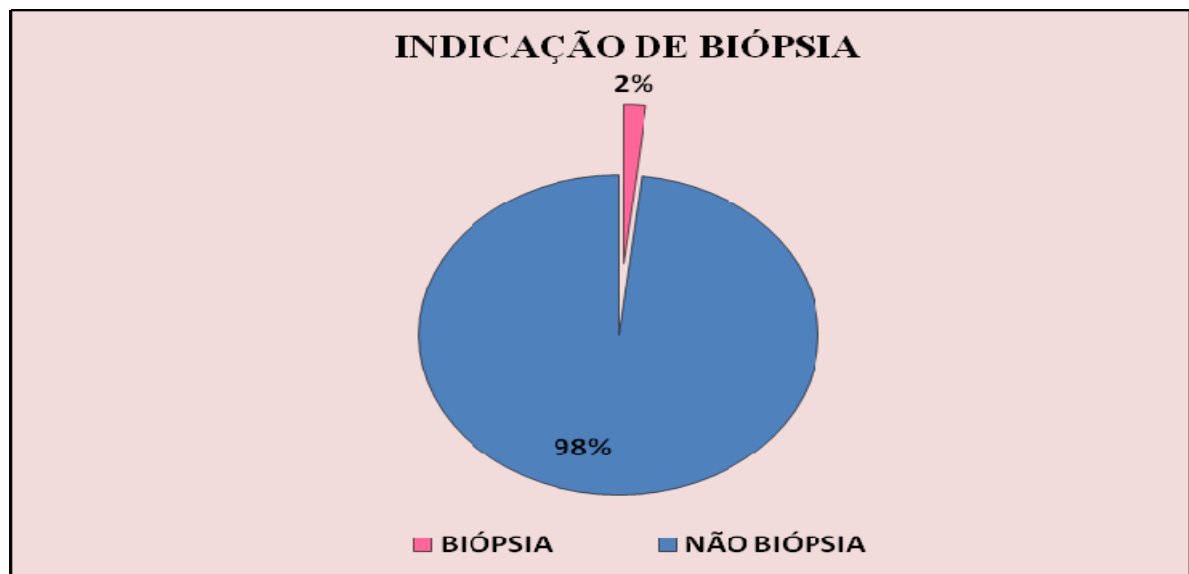


FIGURA 12- Distribuição quanto à indicação de biópsia dos pacientes com adenomegalia atendidos no ambulatório de Infectologia Pediátrica do HRAS no período de 05 de janeiro de 2007 a 15 de julho de 2011.

FONTE: Protocolo de pesquisa.

Os laudos das biópsias foram: processo inflamatório crônico granulamatoso em 3 pacientes (43%); histiocitose sinusal em 1 paciente (14.25%); linfoma difuso de grandes células em 1 paciente (14.25%); adenite reacional em 1 paciente (14.25%); fibromatose-torcicolo congênito em 1 paciente (14.25%) (**FIGURA 13**).

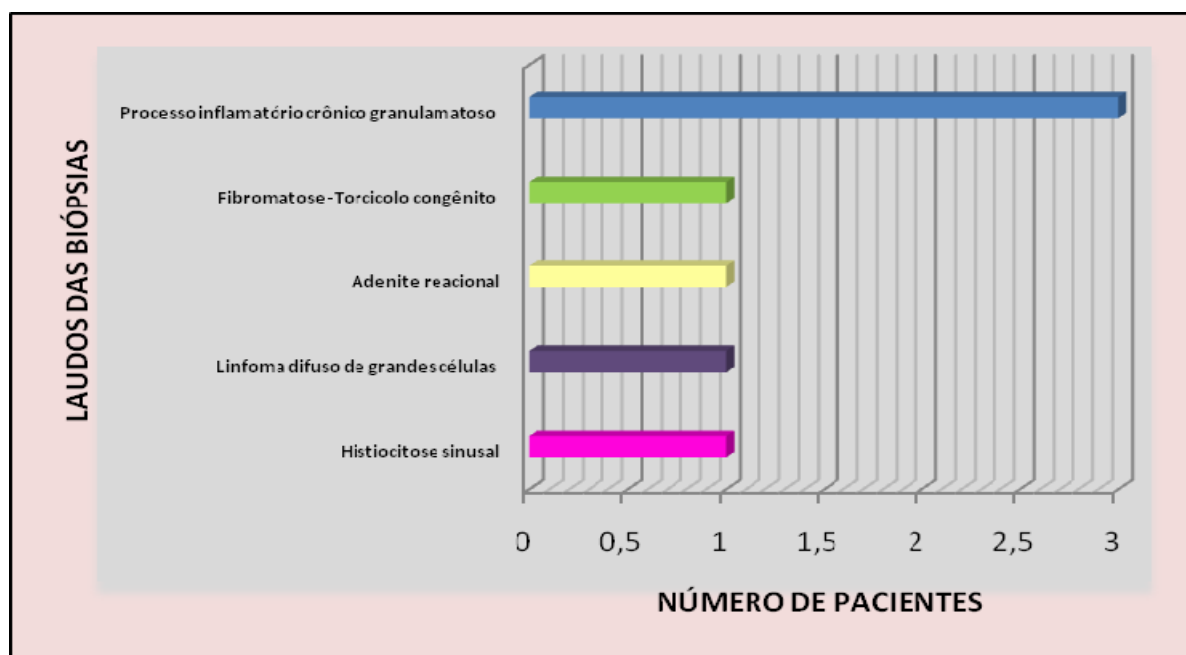


FIGURA 13- Laudos das biópsias dos pacientes com adenomegalia atendidos no ambulatório de Infectologia Pediátrica do HRAS no período de 05 de janeiro de 2007 a 15 de julho de 2011.

FONTE: Protocolo de pesquisa.

No acompanhamento clínico dos pacientes, houve remissão do quadro em 369 pacientes (96%), encaminhamento para outras especialidades (Imunologia, Otorrinolaringologia, Onco-Hematologia e Pneumologia Sanitária) em 14 pacientes (4%) (FIGURA 14).



FIGURA 14- Evolução dos pacientes com adenomegalia atendidos no ambulatório de Infectologia Pediátrica do HRAS no período de 05 de janeiro de 2007 a 15 de julho de 2011.

FONTE: Protocolo de pesquisa.

5. DISCUSSÃO

A linfadenopatia é um problema clínico comum na faixa etária pediátrica. Na infância o aumento de linfonodos periféricos é, na maioria das vezes, causado por infecção viral de vias aéreas superiores ou por faringite estreptocócica.¹⁴ A adenomegalia é patologia frequentemente encaminhada ao ambulatório de Infectologia Pediátrica.

A incidência precisa de linfadenopatia não é conhecida, mas estimativas de adenopatia na infância, nos Estados Unidos, variam de 38 a 45%.¹⁶ Em nosso estudo foram realizados 4047 atendimentos no ambulatório de Infectologia Pediátrica do HRAS, sendo 20% desta amostra de pacientes com adenomegalia, contabilizando os retornos dos pacientes.

O sexo não influencia na linfadenopatia na infância.¹⁶ No presente estudo houve maior prevalência do sexo masculino em relação feminino (1,5 : 1).

Os maiores tamanhos ganglionares são observados nas crianças entre 4 e 8 anos.⁴ A faixa etária mais prevalente neste estudo foi o pré-escolar o que condiz com dados da literatura. Tendo em vista o serviço público de saúde do DF considerar o atendimento pediátrico até 13 anos incompletos, o número de adolescentes atendidos não reflete a verdadeira realidade desta faixa etária.

No período neonatal, se aceita que nenhum gânglio deva ser palpável já que nesta fase a criança experimenta uma situação de ausência ou pouca estimulação antigênica.⁴ No estudo realizado não foi encontrado nenhum paciente no período neonatal, devido ao fato de existir ambulatório específico para esta faixa etária no HRAS.

Quanto às adenopatias localizadas, foram acometidos 319 pacientes (83%) da amostra. Os linfonodos cervicais anteriores estão associados à variedade de infecções da cabeça e pescoço e infecções sistêmicas como toxoplasmose, EBV e CMV. Apenas ¼ dos pacientes com gânglio cervical tem outra doença grave, na grande maioria por micobactérias.³ A linfadenopatia cervical posterior raramente é associada a doenças significativas em criança.³ As adenomegalias da região cervical são as mais freqüentemente encontradas na infância.⁴ Houve concordância com a literatura já que no estudo realizado foi encontrado 65% das adenomegalias na região cervical.

Adenopatia supraclavicular e epitrocLEAR são incomuns em qualquer idade.³ Linfadenopatia supraclavicular está associada a alto risco de malignidade (até 75%) em crianças. Adenopatia supraclavicular à direita está associada ao câncer dos gânglios linfáticos do mediastino. Adenopatia supraclavicular à esquerda sugere malignidade intra-abdominal, na grande maioria linfoma.^{3,28} Do total da amostra (383 pacientes), 18 pacientes (4.7%) apresentavam gânglio supraclavicular. Dos 18 pacientes com adenopatia supraclavicular, 10

pacientes (2,6%) possuíam outras cadeias palpáveis associadas e 8 pacientes (2%) possuíam apenas os gânglios localizados.

A palpação de gânglio epitroclear é frequentemente patológico em crianças. O diagnóstico diferencial de linfadenopatia epitroclear inclui infecções do antebraço ou mão, leucemia, linfoma e infecções por micobacterias atípicas.³ No presente estudo, o gânglio epitroclear foi palpável em somente 3 pacientes (0.8%), sendo em 2 pacientes associado a outras cadeias ganglionares e em 1 paciente gânglio localizado.

Infecções, incluindo doença da arranhadura do gato, são causas comuns de linfadenopatia axilar.³ No estudo foi encontrado adenopatia axilar em 33 pacientes (8.6%).

A linfadenopatia inguinal em crianças geralmente não está associada a uma etiologia específica, exceto em gânglios muito grandes (maior que 3 cm).³ Foram encontrados nesse estudo, 12 pacientes (3%) da amostra total com adenopatia inguinal de tamanho reduzido.

Em relação às adenopatias generalizadas, as infecções virais (incluindo EBV e CMV) e bacterianas são as causas mais comuns.³ No estudo foi encontrada adenopatia generalizada em 64 pacientes (17%). Outras causas de adenomegalia generalizada são uso de certas medicações, HIV (axilar, cervical e occipital – na fase aguda), tuberculose miliar e lúpus eritematoso sistêmico (fase aguda ou exarcebação).^{3,28} Não foram observadas nesse estudo causas relacionadas a estas patologias. Dentre os diagnósticos diferenciais de linfadenopatia generalizada encontram-se as neoplasias (doença de Hodgkin, linfoma não-Hodgkin, neuroblastoma, leucemia linfocítica aguda, leucemia mielóide aguda e rabdomyosarcoma).²⁸ A prevalência de tumores malignos em pacientes atendidos no contexto de cuidados primários é relativamente baixo. Em nosso estudo foi encontrado 1 paciente com doença de Hodgkin (0.2%).

Linfadenopatia é extremamente comum na faixa etária pediátrica e representa um processo benigno em aproximadamente 80% dos casos.¹ No presente estudo foi encontrado somente 1 paciente com doença de Hodgkin, mostrando que é baixa a incidência de doenças malignas. Em concordância com a literatura, os diagnósticos mais prevalentes do estudo foram adenomegalia reacional, benigna e auto-limitada em 41% dos pacientes e adenite em 24%.

A mononucleose infecciosa é uma doença de adolescentes e adultos jovens. É classicamente caracterizada por febre, faringoamigdalite, linfadenopatia, esplenomegalia e linfócitos atípicos no esfregaço de sangue periférico.^{1,30} Adenopatia cervical está presente em 93% das crianças com mononucleose infecciosa.⁹ Em nosso estudo foi suspeitado de

mononucleose em 52 pacientes (14%). O diagnóstico de mononucleose foi confirmado por meio de sorologia ou monoteste em 20 pacientes (38%) deste contingente.

A toxoplasmose adquirida é sintomática em apenas 10% dos pacientes nos quais linfadenopatia e astenia são as manifestações mais comuns. A doença geralmente é benigna e auto-limitada. Adenopatia é discreta, não supurativa, e pode persistir por meses.⁹ Em nosso estudo foi encontrado toxoplasmose adquirida associada a adenomegalia em 21 pacientes (5%).

As complicações da vacinação por BCG, na região deltóide, são pouco frequentes, variando de 0.01 a 3.8% e, dentre elas, a linfadenite supurativa é a mais comum.⁴

A lesão vacinal varia de mácula avermelhada, passando por pústula, até cicatriz. O tempo dessa evolução é de seis a doze semanas, podendo prolongar-se raramente até a 24ª semana. Eventualmente pode haver recorrência da lesão, mesmo após a completa cicatrização. Lesões mais frequentes são: úlcera com diâmetro maior que 1 cm; abscesso subcutâneo frio; abscesso subcutâneo quente; linfadenopatia regional supurada e cicatriz quelóide. Os eventos adversos são decorrentes, na maioria dos casos, de técnica incorreta na aplicação da vacina. Deve-se notificar, acompanhar e indicar o uso de isoniazida nos seguintes casos: úlcera com diâmetro maior que 1 cm, abscesso subcutâneo frio e linfadenopatia regional supurada.^{24,25}

No estudo, a região axilar ipsilateral foi acometida em todos os pacientes com reação a vacina BCG. Quanto à indicação de isoniazida, 4 pacientes (25%) foram encaminhados a Pneumologia Sanitária para iniciar o tratamento.

A doença da arranhadura do gato geralmente se manifesta após um arranhão ou mordida de gato como linfadenopatia regional. O modo de transmissão é, presumivelmente, o contato direto com o agente causador, principalmente *Bartonella henselae*.^{26,29} Crianças e adolescentes saudáveis são mais frequentemente afetados. Linfadenopatia se desenvolve de 1 a 7 semanas após a inoculação.²⁹ Comumente, uma pápula eritematosa no local de inoculação precede a linfadenopatia que pode durar semanas.¹ Em nosso estudo, essa patologia foi encontrada em 16 pacientes (4%) e todos tiveram regressão do quadro.

A maioria das infecções adquiridas pelo CMV é assintomática ou incharacterística. Contudo, quando se expressam clinicamente, o fazem como um quadro mononucleose símile. Na infância é alta a frequência de linfonomegalia cervical (cerca de 90%) e de hepatomegalia e/ou esplenomegalia (80 a 90%).³¹ No presente estudo, 10 pacientes (2.6%) tiveram diagnóstico de CMV.

Linfadenopatia representa um processo benigno em aproximadamente 80% dos casos.¹ No acompanhamento clínico dos pacientes deste estudo, houve remissão do quadro em 369

pacientes (96%), encaminhamento para outras especialidades (Imunologia, Otorrinolaringologia, Onco-Hematologia e Pneumologia Sanitária) em 14 pacientes (4%).

Para elucidação diagnóstica indica-se biópsia precocemente nos pacientes com as seguintes características clínicas: sintomas sistêmicos (febre por período superior a uma semana, sudorese noturna, perda ponderal maior que 10% do peso corporal); gânglios supraclaviculares e cervicais inferiores; gânglios endurecidos e aderidos aos planos adjacentes na ausência de outros sintomas; radiografia de tórax ou hemograma alterados; ausência de sintomas infecciosos no ouvido, nariz e garganta; linfonodos maior 1 cm com aparecimento no período neonatal; linfonodos maior que 2 cm de diâmetro com aumento de tamanho ou que não responderam a antibioticoterapia por 2 semanas. Além desses, a biópsia também é recomendada em crianças com a VHS persistentemente elevada ou ascendente apesar da antibioticoterapia. Na maioria das linfonodomegalias, o diagnóstico histológico é de linfadenite reacional.^{13,14}

Foi verificado na literatura um estudo com 75 crianças submetidas a biópsia excisional de um ganglio linfático periférico, sendo encontrada hiperplasia reativa em 55% dos casos, adenite granulomatosa não caseosa em 21%, doenças malignas em 17%, e granuloma caseosos em 7%.² Em nossa pesquisa, biópsia foi indicada somente em 7 pacientes (2%), dado que condiz com a literatura. As biópsias foram bem indicadas, já que a literatura mostra que a hiperplasia reacional é o laudo mais prevalente. No nosso estudo, hiperplasia reacional foi encontrada em 1 paciente (14%) no laudo da biópsia. Com relação a doenças malignas, foi encontrado linfoma difuso de grandes células em 1 paciente (14%).

Pacientes com linfadenopatia sem sinais de malignidade no exame e na história clínica, podem ser observados por 3 a 4 semanas e tratado empiricamente com antibiótico quando necessário.¹³ O tempo médio de acompanhamento clínico das crianças com adenomegalia, no ambulatório de Infectologia Pediátrica foi de 2 a 4 semanas, lembrando que estas crianças já haviam sido avaliadas no ambulatório de pediatria geral antes do encaminhamento.

Condições clínicas que podem simular um gânglio linfático aumentado incluem infecção ou cálculo nas glândulas salivares, anomalias congênitas (cisto de fenda branquial, higroma cístico, cisto de ducto tireoglosso), nódulo de tireóide, edema de tecidos moles pós trauma, hematoma, hérnia inguinal, hemangioma, linfangioma, lipoma, cisto dermóide.^{3,8,27} Dentre essas condições clínicas: infecção ou cálculo nas glândulas salivares, lipoma, cisto dermóide, linfangioma, cisto de ducto tireoglosso e hemangioma foram observados e excluídos deste estudo.

6. CONCLUSÕES

O perfil clínico e epidemiológico prevalente dos pacientes atendidos no ambulatório consiste em sua maioria paciente do sexo masculino, pré-escolar, encaminhado das cidades satélites, com adenomegalia localizada em região cervical, sem sinais flogísticos, com diagnóstico de adenomegalia reacional, sem indicação de biópsia, com remissão do quadro e sem necessidade de encaminhamento para outras especialidades.

O pediatra por meio da anamnese e do exame físico, deve estar atento e preparado para suspeitar de doenças mais graves e encaminhar esses casos aos especialistas. A maioria das adenomegalias é reacional, auto-limitada e benigna. A abordagem clínica adequada evita biópsias desnecessárias. Outras infecções tais como HIV, doenças malignas e auto-ímmunes são causas menos frequentes. A prevalência de tumores malignos entre os pacientes atendidos no contexto de cuidados primários é relativamente baixa.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rubinstein E, Levi I, Rubinovitch B. Lymphadenopathy. In: Cohen, Infectious Diseases. 3ª ed. Philadelphia-PA: Mosby. 2008; 14: 164-73.
2. Nizet V, Jackson MA. Localized Lymphadenitis, lymphadenopathy, and lymphangitis. In: Long SS, Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases. 3ª ed. Philadelphia-PA: Elsevier Churchill Livingstone. 2008; 22: 165-70.
3. Mcclain KL, Fletcher RH. Causes of peripheral lymphadenopathy in children. UpToDate. 2011. Disponível em: <http://www.uptodate.com/store>. Acesso em: 20.jun.2011.
4. Kobinger MEBA, Bricks LF, Coccoza, AM. Adenomegalia. In: Marcondes, Pediatria Básica. Tomo I - Pediatria Geral e Neonatal. 9ª ed. São Paulo-SP: Sarvier. 2002; 2: 173-79.
5. Sobrinho JG, Oliveira CG. Adenomegalias. In: Sociedade Brasileira de Pediatria, Tratado de Pediatria. 1ª ed. São Paulo-SP: Manole. 2007; 23:1811-15.
6. Kollman TR, Dobson S. Syphilis. In: Remington: Infectious Diseases of the Fetus and Newborn. 7ª ed. Philadelphia-PA: Saunders Elsevier.2010; 16: 978.
7. Camitta BM. Linfadenopatia. In: Nelson, Tratado de Pediatria. 17ª ed. Rio de Janeiro-RJ: Elsevier. 2005; 482: 1781-82.
8. Miniti A, Butugan, O. Massas Cervicais – Diagnóstico Diferencial. In: Marcondes, Pediatria Básica. Tomo III- Pediatria Clínica Especializada. 9ª ed. São Paulo-SP: Sarvier. 2005; V: 625-27.
9. Thorell EA, Chesney PJ. Cervical Lymphadenitis and Neck Infections. In: Long SS, Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases. 3ª ed. Philadelphia-PA: Elsevier Churchill Livingstone. 2008; 19: 143-55.
10. Swanson, SD. Etiology and clinical manifestations of cervical lymphadenitis in children. UpToDate. 2011. Disponível em: <http://www.uptodate.com/store>. Acesso em: 25.jun.2011.
11. Shaikh U. Cervical lymphadenitis: etiology, diagnosis, and management. Updated: Apr 23. Disponível em: emedicine.medscape.com/article/960858-overview. Acesso em: 25.jun.2011.
12. Swanson, SD. Diagnostic approach to and initial treatment of cervical lymphadenitis in children. UpToDate.2011. Disponível em: <http://www.uptodate.com/store>. Acesso em: 30.jun.2011.
13. Mcclain KL, Fletcher RH. Approach to the child with peripheral lymphadenopathy. UpToDate. 2011. Disponível em: <http://www.uptodate.com/store>. Acesso em: 30.jun. 2011.
14. Fernandes MZ, Castro SL. Linfonodomegalias. In: Sociedade Brasileira de Pediatria. Tratado de Pediatria. 1ª ed. São Paulo-SP: Manole. 2007; 9: 1686-88.
15. Ferrer R. Lymphadenopathy: Differential Diagnosis and Evaluation. Published by the American Academy of family physicians. 1998. Disponível em: www.aafp.org/afp/981015ap/ferrer.html. Acesso em: 30.jun. 2011.
16. Kanwar VS. Lymphadenopathy. Updated: Mar 4, 2010. Disponível em: <http://emedicine.medscape.com/article/956340-overview>. Acesso em: 30.jun. 2011.
17. Armitage JO. Approach to the patient with lymphadenopathy and splenomegaly. In: Goldman's Cecil Medicine. 24ª ed. Philadelphia-PA: Saunders Elsevier; 2011; 171: 1107-11.
18. Jackson MA, Chesney PJ. Lymphatic System and Generalized Lymphadenopathy. In: Long, Principles and Practice of Pediatric Infectious Disease. 3ª ed. Philadelphia-PA: Elsevier Churchill Livingstone. 2008; 18: 135-43.

19. Murahovsch J. Adenomegalia e Hepatoesplenomegalia. In: *Pediatria - Diagnóstico e Tratamento*. 6ª ed. São Paulo - SP: Sarvier. 2006; XIX: 703-16.
20. Lopes FA, Júnior DC. Lactente. In: *Filhos da gravidez aos 2 anos de idade dos pediatras da Sociedade Brasileira de Pediatria para os pais*. 1ª ed. Barueri -SP: Manole. 2010; 173.
21. Lopes FA, Júnior DC. Pré-escolar. In: *Filhos de 2 a 10 anos de idade dos pediatras da Sociedade Brasileira de Pediatria para os pais*. 1ª ed. Barueri-SP: Manole. 2011; 2:23.
22. Lopes FA, Júnior DC. Escolar. In: *Filhos de 2 a 10 anos de idade dos pediatras da Sociedade Brasileira de Pediatria para os pais*. 1ª ed. Barueri – SP: Manole. 2011; 3:117.
23. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente. art 2º, *caput*, da Lei nº 8.069/90, de 13 de julho de 1990.
24. Weckx LY. Imunização ativa. In: Calil, *Infectologia Pediátrica*. 3ª ed. São Paulo-SP: Atheneu. 2008; 4:35-37.
25. Vacina contra tuberculose – BCG. In: *Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação*. 2ªed. Brasília – DF: Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância Epidemiológica. 2008; 3: 34-41.
26. Pasternack MS, Swartz MN. Lymphadenitis and Lymphangitis. In: Mandell, Bennett, & Dolin: *Principles and Practice of Infectious Diseases*, 6ª ed. Churchill Livingstone, 2005; 92:1323-32.
27. Wetmore RF, Potsic WP. Differential Diagnosis of Neck Masses. In: Cummings *Otolaryngology Head & Neck Surgery*. 5ª ed. Philadelphia-PA: Mosby. 2010; 198: 2812-20.
28. Iazzetti AV, Machado DM, Ferrarini MAG, Succi RCM. Sinais e Sintomas em Infectologia. In: *Semiologia da Criança e do Adolescente*. 1ª ed. Rio de Janeiro-RJ: Guanabara Koogan, 2008; 6: 303-5.
29. Succi RCM, Doença da arranhadura do gato. In: Calil, *Infectologia Pediátrica*. 3ª ed. São Paulo-SP: Atheneu. 2008; 26: 321-26.
30. Carvalho LHFR, Campéas AE, Campéas MVS. Mononucleose infecciosa. In: Calil, *Infectologia Pediátrica*. 3ª ed. São Paulo-SP: Atheneu. 2008; 53: 675-91.
31. Pannuti CS, Infecções pelo citomegalovírus. In: Calil, *Infectologia Pediátrica*. 3ª ed. São Paulo-SP: Atheneu. 2008; 44: 553-64.

8. ANEXOS

ANEXO 1:

PROTOCOLO DE PESQUISA - ADENOMEGALIA

-NOME: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Procedência: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Idade na 1ª consulta: _____ Data da 1ª consulta: ____/____/____

- LOCALIZAÇÃO:

() **Regional ou localizada:**

- () Cervical () Retro-auricular () Pré-auricular () Axilar
() Submandibular () Supraclavicular () Inguinal () Occipital
() EpitrocLEAR () Poplíteos () Torácica

() **Generalizada**

- CARACTERÍSTICAS:

- () Com sinais flogísticos () Sem sinais flogísticos

- ETIOLOGIA:

- () Adenomegalia reacional
() Adenite
() Mononucleose infecciosa
() Síndrome Mononucleose-like:
() Confirmado com sorologia ou monoteste () Não confirmado
() Toxoplasmose adquirida
() Citomegalovírus
() Reação adversa à BCG:
() Indicação de isoniazida () Remissão do quadro
() Doença da Arranhadura do gato
() Resolvidas
() Outras _____

-INDICAÇÃO DE BIÓPSIA GANGLIONAR: () Biópsia () Não biópsia

-EVOLUÇÃO:

- () Remissão do quadro
() Internação
() Encaminhamento