

**IAPO**

TEACHING • PATIENT CARE • RESEARCH

INTERAMERICAN ASSOCIATION OF PEDIATRIC OTORHINOLARYNGOLOGY

Adenopatias Cervicais

*Agrício Crespo, Amarilis Meléndez, Jair Montovani,
José Nélio Cavinato e Vicente Odone Filho*

As adenopatias cervicais na infância e adolescência são geralmente de causa inflamatória ou infecciosa. A história clínica e exame físico são fundamentais para diferenciá-las de tumores malignos e de lesões resultantes de restos embrionários. O diagnóstico específico é confirmado com exames laboratoriais como hemograma e sorologias. O raio X de tórax e testes de reação cutânea são fundamentais no diagnóstico das lesões crônicas, geralmente doenças granulomatosas. Adenopatias progressivas ou persistentes após doze semanas devem ser biopsiadas. O diagnóstico de neoplasia maligna deve ser sempre considerado. A biópsia com agulha de aspiração fina (BAAF) é o método inicial de avaliação histopatológica, seguida de biópsia excisional quando necessária.

Introdução

A presença de uma massa cervical representa um desafio diagnóstico ao otorrinolaringologista ou médico clínico. Diante das dezenas de possibilidades diagnósticas o médico pode sentir-se, por vezes, inseguro, se não adotar uma rotina na abordagem dessa patologia. O objetivo deste capítulo é oferecer um modelo simples e prático para a avaliação diagnóstica de pacientes que apresentam massa cervical como a principal expressão clínica de sua doença. Quando existem outros sinais e sintomas associados, serão eles, na maioria das vezes, os indicadores diagnósticos mais importantes. A abordagem bem orientada permitirá economia de tempo e recursos financeiros. Evitará também a exposição do paciente a exames desnecessários.

Barnes considera qualquer massa ou linfonodo cervical palpável, independente do tamanho, como anômala no recém-nascido. Para a idade entre seis meses e doze anos considera para massas ou linfonodos maiores ou iguais a 1cm e no adulto quando maiores ou iguais a 3cm.

Na história e no exame físico destacamos quatro elementos fundamentais: idade do paciente, tempo de duração da massa cervical, sua localização no pescoço e suas características à palpação. Esses quatro elementos da observação clínica são de importância crucial e permitem, na maioria das vezes, classificar as massas cervicais em três grandes grupos: inflamatórias ou infecciosas, alterações de desenvolvimento, ou adquiridas e neoplasias.

Em crianças e adolescentes aproximadamente 75% das massas cervicais são causadas por adenopatias inflamatórias ou infecciosas. Menos de 5% são por neo-

plasias malignas e menos de 20% são causadas por alterações do desenvolvimento embrionário ou adquirido.

Caracteristicamente, lesões inflamatórias agudas podem revelar calor, rubor e dor à palpação. As adenopatias inflamatórias agudas guardam relação com o sítio do processo infeccioso original, segundo as vias de drenagem linfática de cada região. Processos na cavidade oral tendem a drenar para os linfonodos submentonianos, submandibulares e jugulares altos. Na rinofaringe, orofaringe e laringe, a drenagem linfática é para os linfonodos jugulares, principalmente os altos.

Na maioria das adenopatias inflamatórias ou infecciosas agudas, a adenopatia cervical tende à regressão espontânea em até 12 semanas, aproximadamente. Após este período, ou diante de um quadro progressivo, a atenção deverá ser direcionada às doenças granulomatosas crônicas.

Em muitas circunstâncias, mesmo clínicos experientes, têm dúvidas quanto ao diagnóstico etiológico das linfadenites agudas. Nessas condições, os exames laboratoriais são importantes, destacando-se o hemograma e as sorologias específicas para as doenças mais prevalentes: mononucleose infecciosa, citomegalovírus e toxoplasmose.

As massas cervicais produzidas por alterações de desenvolvimento embrionário são, em sua maioria, lesões císticas. Mais frequente, o cisto tireoglossal localiza-se na linha média do pescoço. O cisto epidermóide na região submentoniana e o cisto branquial, na face lateral alta do pescoço.

Lesões císticas são típicas à palpação. Salientamos que o cisto branquial é frequentemente tenso, simulando a consistência fibroelástica. As neoplasias malignas em crianças, tendem a ser coalescentes, volumosas, preferencialmente no triângulo posterior do pescoço e em vários níveis cervicais.

Massas cervicais inflamatórias ou infecciosas

De acordo com Lane e colaboradores, os principais microorganismos (41%) que causam as de adenopatias cervicais inflamatórias, (onde a massa cervical pode ser o principal elemento na apresentação clínica da doença) são: *Staphylococcus aureus* coagulase positivo, *Streptococcus* do grupo A beta-hemolítico, *Mycobacteria* sp. (incluindo as atípicas), *Staphylococcus* coagulase negativo.

Causas inflamatórias menos comuns (8%) são: bactérias Gram negativas, *Streptococcus pneumoniae*, bactérias anaeróbias, *Actinomyces* sp, *Toxoplasma gondii*, bacilo da arranhadura do gato, vírus Epstein-Barr, HIV e citomegalovírus. Causas não determinadas representam 51% dos casos de adenopatias cervicais inflamatórias.

As adenopatias cervicais inflamatórias podem ser divididas quanto a sua evolução em agudas e crônicas.

Adenopatias cervicais agudas

As principais causas de adenopatias cervicais inflamatórias agudas são: origem viral (linfadenite reacional, Sarampo, Rubéola, Mononucleose, Citomegalovírus, Dengue e AIDS), protozoários (Toxoplasmose, Esquistossomose) e origem bacteriana (Doença da arranhadura do gato, Linfadenite purulenta, Abscessos, Difteria, Febre Tifóide, Brucelose, Peste, Leptospirose e Escarlatina).

Linfadenite reacional viral – É a causa mais comum de linfadenopatia cervical

inflamatória. É secundária a infecções virais comuns de vias aéreas superiores como a influenza, adenovírus, rinovírus e o enterovírus, provocando sintomas parecidos à gripe, além da adenopatia. Está comumente associada à tonsilite viral. Geralmente é auto-limitada, resolvendo-se dentro de 5-10 dias. Varicela-zoster e Herpes simplex também pode evoluir com adenopatias, podendo manter-se por mais de 14 dias. O tratamento é sintomático.

Monucleose infecciosa – É causada pelo vírus Epstein Barr (EBV). Sua transmissão é pelo contágio direto com gotículas de saliva. A expressão clínica (pródromo) com febre, odinofagia, mialgias e mal-estar irá depender da idade, sendo subclínica na infância. Apresenta duas faixas estárias de incidência, a primeira de 5-10 anos e depois de 10-20 anos. A adenopatia cervical ocorre em 80% a 90% dos pacientes. A involução dos linfonodos cervicais irá ocorrer em algumas semanas. A adenopatia pode ser isolada ou mais comumente como conglomerados de linfonodos, fibroelásticos e móveis. Hepatomegalia e elevação das enzimas hepáticas ocorrem em praticamente todos os pacientes. O diagnóstico é clínico e laboratorial, com hemograma e sorologias. O hemograma irá apresentar linfocitose absoluta e relativa em 70% dos casos. Há leucocitose com níveis de 12.000/mm³ a 18.000/mm³ e até valores de 50.000/mm³ com pelo menos 10% de linfócitos atípicos. As sorologias específicas são o Paul-Bunnell-Davidson e a reação por imunofluorescência indireta para o EBV. O tratamento é sintomático.

Infecção por citomegalovírus (CMV) – É tão comum quanto por EBV. Tem incidência bimodal quanto à faixa etária: crianças e adolescentes jovens. O quadro clínico é semelhante ao de uma gripe comum, sendo geralmente subclínica. Apresenta-se geralmente com adenopatia cervical pouco sintomática. O hemograma apresenta leucocitose com linfócitos atípicos e a sorologia específica é com reação de fixação de complemento com títulos elevados para CMV. O tratamento é sintomático.

AIDS - É ocasionada pelo HIV. Pode acarretar linfadenopatia pela infecção direta do HIV, pelas infecções oportunistas ou por neoplasias. Apresenta alterações histopatológicas extremamente variadas. O aumento de volume dos linfonodos ocorre com frequência nos pacientes infectados por HIV, principalmente no início da infecção. Frequentemente representam apenas um processo reacional, benigno. Os linfonodos posteriores são os mais comumente acometidos, no pescoço. A utilização da biópsia por aspiração com agulha fina (BAAF) ou biópsia aberta é de pouca validade para o seu esclarecimento diagnóstico, mas é útil para afastar outras possibilidades diagnósticas como o linfoma.

Toxoplasmose - É ocasionada pelo *Toxoplasma gondii*, um protozoário intracelular. A transmissão é por ingestão de cistos do toxoplasma (oocistos), geralmente por meio da ingestão de carne de boi ou carneiro crua ou mal cozida (oocistos na musculatura) ou de alimentos contaminados com oocistos, levados das fezes do gato por moscas ou baratas. O hospedeiro definitivo é o gato. Pode ocorrer transmissão também via placenta, transfusão de sangue e transplante de rim. A infecção por esse microorganismo é comum, porém com manifestação subclínica na maioria dos casos, com quadros semelhantes ao de uma gripe comum: febre, calafrios, letargia e odinofagia. A linfonodomegalia cervical é pouca sintomática,

às vezes apenas com um dolorimento leve. Acomete geralmente os linfonodos do triângulo posterior do pescoço, sem supuração, porém, com frequência, há presença de flutuação. O diagnóstico é clínico, sorológico – presença de IgM ou aumento nos títulos de IgG em 3 semanas – ou por meio de biópsia do linfonodo com alterações histopatológicas muito sugestivas. O tratamento é com sulfadiazina.

Doença da arranhadura do gato – É causada pelo bacilo Gram negativo *Bartonella henselae* ou bacilo da doença da arranhadura do gato. É doença auto-limitada. O gato é o hospedeiro definitivo. A transmissão é por contato direto com o gato em 90% dos casos (mordida, arranhadura ou contato com saliva em conjuntiva ocular ou área de solução de continuidade da pele). O quadro clínico é com febre baixa, odinofagia leve e fadiga. Há pápula ou pústula no local da arranhadura, 3-10 dias após em 67% dos casos, e dura 4-8 semanas. A adenopatia ocorre duas semanas após a arranhadura e uma semana após a pápula. Em 40% das infecções o linfonodo é único. A linfonodomegalia pode persistir por 2-4 meses, com supuração em 10% dos pacientes. O diagnóstico é clínico. Há teste cutâneo específico (Ranger-Rose) mas não está disponível no mercado. O tratamento é sintomático, podendo ser realizado biópsia excisional nos casos onde há muita dor no linfonodo acometido. Em casos graves ou em pacientes imunodeprimidos há necessidade de tratamento com antibióticos. Os recomendados são macrolídeos, sulfametoxazol/trimetropim ou rifampicina.

Linfadenite purulenta - *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus* do grupo A são os agentes etiológicos mais comuns. O quadro clínico é o 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 com antibioticoterapia e drenagem da secreção.

Linfadenite reacional - Está associada à síndrome da mononucleose infecciosa crônica. É a cronificação da infecção por EBV por seis meses ou mais. O quadro clínico é de cansaço, mal-estar incapacitante, febre vespertina de baixa intensidade, mialgias, adinamia e depressão. Devem ser afastadas neoplasias malignas, doenças auto-imunes e imunodepressivas.

Adenopatias cervicais crônicas

As principais causas de adenopatias cervicais inflamatórias crônicas que iremos comentar são: Linfadenite reacional, Tuberculose, Micobacteriose atípica, Blastomicose, Sarcoidose. As outras doenças - Actinomicose, Sífilis, Linfogranuloma venéreo e Doença de Chagas - cursam com sinais e sintomas mais característicos, onde a massa cervical representa apenas um elemento secundário na apresentação clínica e, portanto, não serão particularmente consideradas neste capítulo.

Micobacteriose atípica – Numerosas cepas constituem os agentes etiológicos. Acomete geralmente indivíduos de bom nível sócio-econômico. A linfadenopatia é habitualmente unilateral com vários linfonodos cervicais altos, principalmente sub-mandibulares. A pele sobre o linfonodo não apresenta calor ou edema, mas intensa hiperemia e com a evolução irá apresentar coloração lilás característica. Não há doença pulmonar e as alterações sistêmicas são mínimas. O PPD é negativo ou reator fraco e nos familiares será negativo. Em dois terços dos casos

ocorre fistulização crônica. Neste caso, geralmente, não há resposta ao tratamento clínico, necessitando de remoção cirúrgica.

Tuberculose ganglionar – Ocasionado pelo *M. tuberculosis* ou *bovis*. Geralmente acomete pessoas entre 20 a 40 anos de idade. É a forma mais comum de tuberculose extra-pulmonar. É presumivelmente secundária à tuberculose pulmonar, com disseminação linfática pulmonar ou linfo-hematogênica. Em 80% a 90% dos casos não há doença pulmonar. Portanto, poucos pacientes apresentam os sintomas clássicos de febre, sudorese noturna, anorexia e perda de peso. Acomete com mais frequência linfonodos supraclaviculares ou cervicais posteriores. Os linfonodos são fibroelásticos ou amolecidos, com ou sem sinais flogísticos. É bilateral em um terço dos casos. Pode drenar material caseoso ou cicatrizar. A forma pura de tuberculose ganglionar, sem acometimento pulmonar, ocorre em indivíduos saudáveis, sem comprometimento do estado geral. O PPD é fortemente positivo. O diagnóstico pode ser confirmado com BAAF, que demonstra 93% de especificidade e 77% de sensibilidade ou, ainda, por biópsia excisional do linfonodo com pesquisa de bacilo-álcool-ácido-resistente (BAAR) pela coloração Ziehl-Nielsen e cultura. O tratamento é com esquema tríplice.

Blastomicose – Ocasionada pelo *Paracoccidioidomycosis brasiliensis*. Acomete mais homens (10X) entre 20-50 anos de idade. Está associado a lesões mucocutâneas e viscerais. Os linfonodos cervicais estão aumentados e endurecidos, depois podendo amolecer e fistulizar. O diagnóstico é com o achado do fungo em lâmina, por meio de BAAF do linfonodo e sorologias específicas. O tratamento pode ser feito com sulfa.

Sarcoidose – É uma doença granulomatosa de etiologia desconhecida. Acomete mais mulheres entre 20-40 anos. Está associada a linfonodomegalias em 75% - 90% dos casos. Muitas vezes o diagnóstico é por exclusão. O tratamento é a corticoterapia.

Existem outras formas de linfadenopatias raras que também compõem o diagnóstico diferencial das massas cervicais.

Doença de Kawasaki – Acomete crianças <3 anos sendo rara após os oito anos. Sua etiologia é desconhecida. Há febre alta, sem resposta a antibióticos. Logo após há um “*rash*” eritematoso em palma de mãos, planta de pés, tronco e mucosa de cavidade oral e conjuntivas. A adenopatia é única de 1,5-2cm e dura três semanas. A pele sobre o linfonodo pode estar hiperemiada. Há artrite associada e leucocitose. Ao exame histológico do linfonodo há vasculite e hiperplasia histiocitária. O tratamento é de suporte.

Doença de Castleman – doença benigna de etiologia desconhecida. Há envolvimento de um único sítio de linfonodos. Os linfonodos geralmente têm de 3-10 cm de diâmetro. Ocorre em indivíduos de 6-60 anos de idade com pico entre 10-20 anos. Pode ocorrer febre, fadiga e sudorese noturna. A biópsia incisional é curativa. O diagnóstico é histopatológico.

Doença de Kikuchi - É uma linfadenite auto-limitada de etiologia desconhecida. Acomete indivíduos entre 12-70 anos de idade. Os linfonodos acometidos têm entre 1-3 cm de diâmetro, podendo ser unilaterais ou bilaterais. O diagnóstico é histopatológico.

Pseudolinfoma anticonvulsivante – Associado ao uso de fenitoína ou outros anticonvulsivantes. Acomete crianças e adultos jovens em 50% dos casos. A patogênese é desconhecida. A linfonodomegalia aparece 2-4 semanas após o início do fármaco e desaparece espontaneamente em semanas, após interromper a medicação. O diagnóstico é feito pelo teste terapêutico, interrompendo a medicação, ou pela biópsia aberta.

Existe grande semelhança clínica entre muitas doenças inflamatórias que causam adenopatias em crianças. Acreditamos que nem mesmo médicos muito observadores e experientes possam estabelecer esses diagnósticos com segurança, sem o auxílio de exames complementares ao raciocínio clínico. Os exames laboratoriais, hemograma e sorologias, têm importância fundamental neste grupo de doenças. São rotineiramente solicitados; em conjunto, contribuem quando confirmam ou afastam nossas hipóteses diagnósticas.

Alterações de desenvolvimento embrionário ou adquiridas

Seu quadro clínico geralmente apresenta características próprias. Podem não estar presentes ao nascimento, sendo clinicamente aparentes somente após um aumento de seu tamanho. Muitas vezes isso está associado a um quadro infeccioso das vias aéreas superiores. Representam anomalias de desenvolvimento de músculos, pele, vasos sanguíneos, linfáticos e aparatos branquiais.

Anomalias vasculares

Linfangiomas – Geralmente são conhecidas como higromas císticos. São massas macias, não dolorosas, multiloculadas e compressíveis, formadas por dilatações de vasos linfáticos regionais. Podem ser classificados segundo o tamanho dos vasos linfáticos em capilar, cavernoso e cístico, podendo coexistir as três formas numa única lesão. Pode ocorrer hemorragia dentro do linfangiomas, confundindo-o com hemangioma, assim como a coexistência de hemangioma e linfo-hemangiomas, porém sem alteração na conduta terapêutica. Na sua grande maioria apresenta-se antes dos dois anos de idade podendo, raramente, ocorrer também após a quarta década de vida. Suas manifestações geralmente estão relacionada a uma infecção de vias aéreas superiores. Pode apresentar extensão para espaço submandibular e sublingual, com abaulamento intra-oral e espaço parafaríngeo, atingindo até a base do crânio. Geralmente são massas assintomáticas. Quando sintomáticas, estão relacionadas às queixas cosméticas pela massa ou às dúvidas do paciente quanto a natureza da massa. Quando estas massas estão localizadas acima da altura do osso hióide podem provocar obstrução de via aérea superior com insuficiência respiratória aguda, após um quadro infeccioso. O diagnóstico é clínico, por meio das características palpatórias da massa, podendo ser auxiliado com ultra-som cervical. A delimitação exata da extensão da lesão pode ser feita com tomografia computadorizada para o planejamento cirúrgico da lesão. Esta massa não regride espontaneamente e para o seu tratamento necessita de remoção cirúrgica. Pode envolver vasos e nervos e a sua remoção completa pode não ser possível. Estas estruturas nobres devem ser preservadas, por tratar-se de um tumor benigno, muitas vezes sem queixas que ponham em risco a vida do paciente. Os higromas císticos de características císticas e não ressecáveis pela sua extensão, podem ser tratados com injeção de OK-432, uma substância esclerosante desenvolvida no Japão.

Hemangiomas – São os tumores mais comuns da infância, acometendo 2,6% dos neonatos e 12% de crianças abaixo de um ano de idade. Afetam mais o sexo feminino com relação de 3:1 meninas/meninos. A cabeça e o pescoço são os locais mais freqüentes de ocorrência. São constituídos de vasos sanguíneos normais e anômalos. Têm crescimento rápido nas primeiras semanas de vida e começam a involuir a partir do primeiro ano de vida, em 90% das vezes. A maioria dos hemangiomas é pequena e assintomática, não necessitando de tratamento. Podem ser classificados em capilares, cavernosos e arteriovenosos, conforme o tamanho dos vasos e a presença de fistulas arteriovenosas. São encontrados na pele e estruturas profundas da face e pescoço. Pode causar sintomas clínicos importantes em 5% a 10% dos portadores, com deformidades cosméticas e déficits funcionais (distúrbios de deglutição, por ex.). Nessa situação pode ser empregado tratamento cirúrgico e duas modalidades não cirúrgicas: corticoterapia em alta dose e interferon, este com resultados variados. Esses tumores, pela natureza vascular, também podem ser embolizados por meio de arteriografia prévia, de acordo com seu tipo de vascularização.

Anomalias branquiais – Cistos branquiais são remanescentes de aparatos branquiais. São mais freqüentes os do segundo ou terceiro arcos branquiais. É raro o do primeiro arco e muito mais raro o do quarto arco branquial. Apresentam-se como massas císticas na borda anterior do músculo esternocleidomastóideo, entre o trágus e a clavícula. Geralmente, manifestam-se entre a segunda e quarta década de vida com períodos de aumento de volume associados a quadros de infecções do trato respiratório superior. Homens e mulheres são afetados igualmente. Podem ocasionar abscessos cervicais e, quando tensos, podem ser confundidos com metástases linfáticas cervicais. Metástases linfáticas cervicais de carcinoma espinocelular da via aerodigestiva superior podem manifestar-se como massas císticas, especialmente quando da orofaringe, podendo ser confundidos com cisto branquial. Portanto, na dúvida, é necessário, inicialmente, uma abordagem com o cuidado de se avaliar qualquer massa cística em indivíduo acima de 40 anos como possível neoplasia maligna. O cisto branquial necessita de tratamento cirúrgico quando apresenta sintomas clínicos de infecção de repetição, incômodo estético e obstrução digestiva.

Cisto de ducto tireoglossa - Constitui-se como resto embrionário de ducto tireoglossa. Este ducto representa o trajeto da glândula tireóide entre a base da língua no forame cego e a região cervical anterior. É a alteração de desenvolvimento embrionário mais freqüente. Na maioria, encontra-se na linha média do pescoço ou às vezes em região paramediana, na altura do osso hióide. A característica mais típica desta massa é a sua elevação com ao protusão da língua. É encontrado geralmente antes dos cinco anos de vida e sobre o osso hióide em 67% dos casos. Aumenta freqüentemente de tamanho após quadros infecciosos. O tratamento é cirúrgico, sendo a ressecção da porção central do osso hióide importante para evitar sua recorrência.

Cistos dermóides – São compostos pelos três folhetos germinativos. Apresenta-se freqüentemente como massas císticas submentais ou medianas, no pescoço. Nesta

última apresentação ela não é móvel à protusão da língua. O tratamento é cirúrgico, com ressecção completa da massa.

Neoplasias malignas

Linfomas – Constitui-se na neoplasia maligna não epitelial mais freqüente da cabeça e pescoço. As neoplasias malignas epiteliais, que predominam no adulto, são excepcionais nas crianças. É freqüente sua apresentação clínica como massa cervical. Geralmente são móveis à palpação, tanto em relação a planos superficiais como aos profundos, mesmo com grandes volumes. Tem consistência carnosa, são indolores e podem estar associados a emagrecimento, febre de origem indeterminada e sudorese noturna. A biópsia aspirativa muitas vezes pode nos ajudar, mostrando a presença de linfócitos nesta massa cervical. Porém é importante a classificação histológica adequada para o posterior tratamento pelo hematologista. Para isso é necessário sua biópsia incisional ou excisional.

Considerações finais

Quando indicar a biópsia de linfonodos e como fazê-la? O exame histopatológico oferece pouco subsídio em doenças inflamatórias agudas pela ausência de alterações características específicas. Adenopatias progressivas ou persistentes após doze semanas devem ser biopsiadas. Lembramos que esse número é apenas uma aproximação didática. Os critérios que determinam a cronicidade nem sempre são tão facilmente reconhecidos no início da doença. As neoplasias malignas, embora muito menos freqüentes em crianças, devem todo o tempo merecer nossa atenção. Admite-se o atraso no diagnóstico de doenças benignas, considerando um período de observação e seguimento, quando os exames não elucidam o quadro e os demais sinais e sintomas indicam resolução espontânea. O médico deve exercer vigilância constante diante da possibilidade, mesmo que remota, da presença de câncer. Iniciamos com BAAF que, em mãos experientes, é um excelente método para distinguir entre doença benigna e maligna. Em doenças linfoproliferativas, mas comum em crianças e adolescentes, este exame pode não ser suficiente, pois a classificação celular é fundamental para a decisão terapêutica. Deve-se indicar então a biópsia excisional do linfonodo para estudo histopatológico. Os métodos diagnósticos por imagem são de pouca valia no diagnóstico de doenças inflamatórias. Nos revelam a forma da massa, tamanho, localização, relações com estruturas vizinhas, sendo essas informações de pouca ou nenhuma utilidade. O raio-X de tórax é importante na avaliação das doenças granulomatosas, principal causa de adenopatias cervicais crônicas. A ultra-sonografia pode ser valiosa ao diferenciar um cisto branquial tenso, com consistência fibroelástica à palpação, de adenopatias, particularmente em crianças que possam resistir à BAAF, que ofereceria a mesma informação com maior rapidez, conforto e menor custo. Os testes de reação cutânea estão indicados quando há suspeita de tuberculose e micobacteriose atípica, principalmente nas adenopatias crônicas. A abordagem padronizada, principalmente levando em conta a idade do paciente, tempo de história clínica, localização e características palpatórias da massa cervical, têm facilitado muito o diagnóstico diferencial dessa patologia, em nossa mãos.

Leitura recomendada

1. Al-Serhani A M. – Mycobacterial infections of the head and neck: presentation and diagnosis – *Laryngoscope* 2001; 111: 2012-6.
2. Stanievichi, J. F. – Cervical adenopathy. In: Bluestone, C.D.; Stool, S. E. Sceetz, M. D. (eds) – *Pediatric Otolaryngology*. 2nd ed. Philadelphia, W. B. Scennders, 88: 1317-1327, 1990.
3. Myeer, C. M. – Congenital neck masses. In Paparella, M. M.; Shunrick, D. A. (eds) – *Otolaryngology* 3nd ed, Philadelphia, W. B. Saunders, 42, p-2535-2543, 1991.
4. Urquhact, A., Berg R. Hodgkins and non-Hodgkins lymphoma of the head and neck – *Laryngoscope* 2001; 111 (9): 1565-9.
5. Barnes L. A. *Manual of Pediatric Physical Diagnosis*. 4th edition. Chicago: year Book Medical Publishers Inc., 1972: 46-7.
6. Lane RJ, Keane WM, Potsic WP. Pediatric infectious cervical Lymphadenitis. *Otolaryngology* 1980; 88:332-5.