



# ADENITIS CERVICAL UNILATERAL, ¿REACTIVA O NO REACTIVA?

Alberto Muñoz Ramos

Pediatra AP en CS Rosa Luxemburgo

Miembro del Grupo de Patología Infecciosa de la AEPap

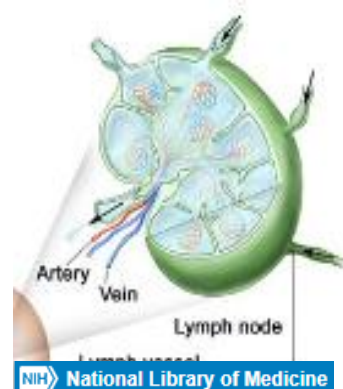
# CASO CLÍNICO



- Niña de 21 meses.
- Antecedente de retraso madurativo y microcefalia en estudio, ambos con buena evolución.
- Acude a Centro de Salud por presentar bulto palpable en parte posterior de mejilla de 1 semana de evolución. No dolor. No fiebre. No clínica respiratoria. No viajes ni contacto con personas enfermas ni animales.

# CASO CLÍNICO

- Exploración física: Tumorción de 1.5x1.5 cm a la palpación en región preparotídea, consistencia firme pero no adherida sin datos inflamatorios. Resto de exploración física normal. No otras adenopatías.
- Se solicita ecografía, que se realiza en Hospital informada como lesión ovalada hipo-ecoica de 0.8 x 1.1 cm con otra lesión similar satélite pequeña. Conclusión: Adenopatías de características reactivas.



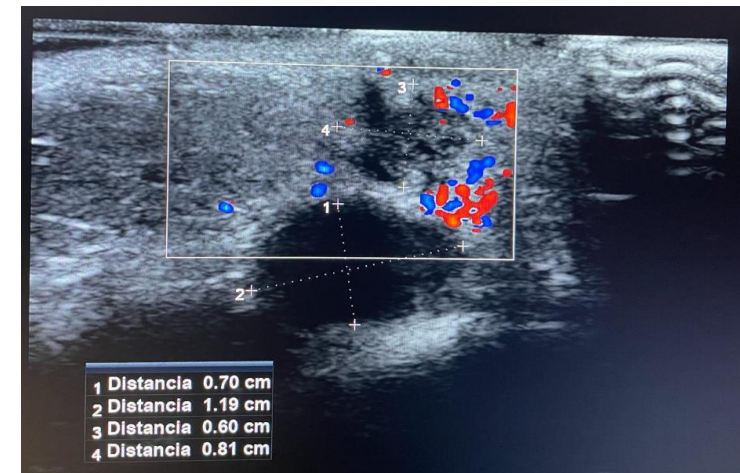
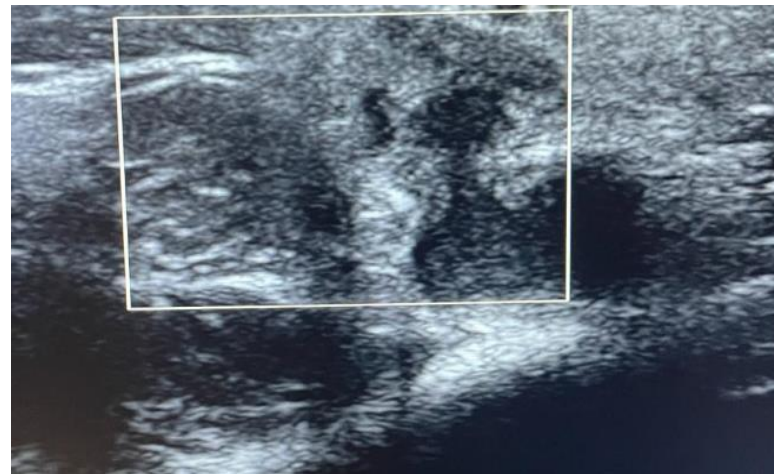
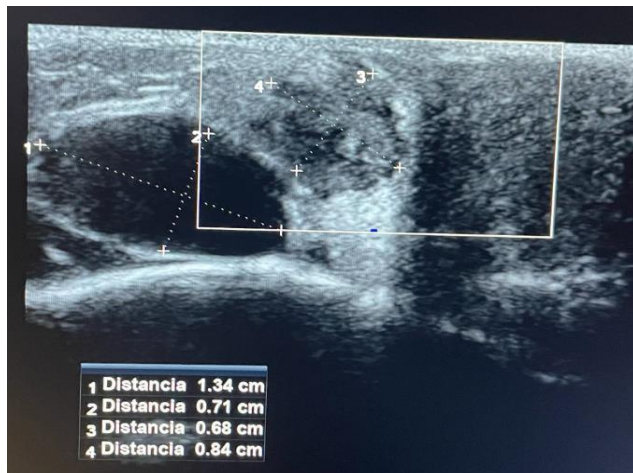
# CASO CLÍNICO

- 3 semanas después refieren que la lesión ha crecido de tamaño y asocia tonalidad violácea en la piel circundante, con algo de edema pero sin dolor ni aumento de calor local. Excelente estado general.



# CASO CLÍNICO

- Se realiza ecografía en Centro de Salud en la que evidenciamos dos formaciones redondeadas de 0.8x0.8 cm sin visualizar hilio central mediante doppler. Impresiona de solución de continuidad con otra formación más pequeña de contenido heterogéneo. Aumento de captación de doppler en tejido alrededor de la lesión.





# CASO CLÍNICO



¿Cuál de las siguientes opciones es la verdadera?

- a) Los hallazgos ecográficos descritos son compatibles con adenopatías reactivas.
- b) Se debe realizar analítica, Mantoux y radiografía de tórax.
- c) Se debe realizar una ecografía abdominal.
- d) Los antecedentes de la paciente constituyen un signo de alarma.





# CASO CLÍNICO

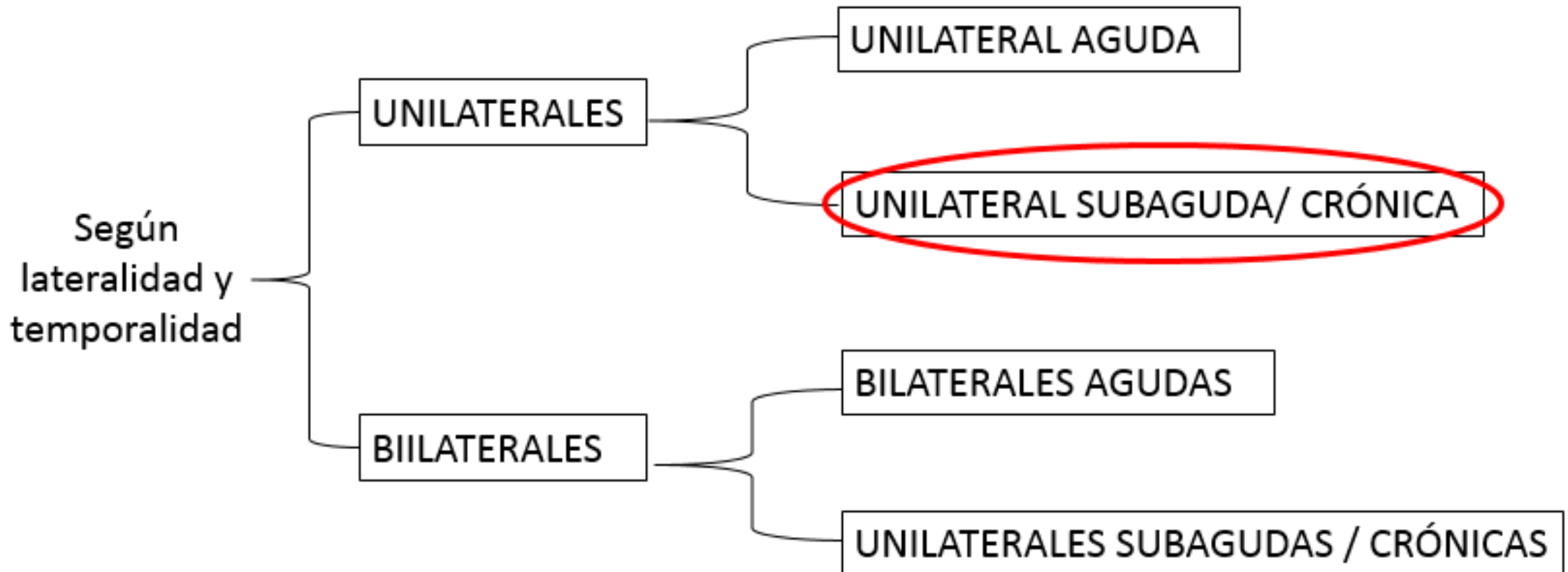


¿Cuál de las siguientes opciones es la verdadera?

- a) Los hallazgos ecográficos descritos son compatibles con adenopatías reactivas.
- b) Se debe realizar analítica, Mantoux y radiografía de tórax.**
- c) Se debe realizar una ecografía abdominal.
- d) Los antecedentes de la paciente constituyen un signo de alarma.



# ADENITIS CERVICAL: CLASIFICACIÓN





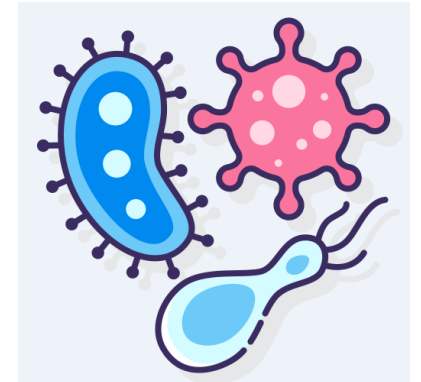


# ADENITIS CERVICAL UNILATERAL SUBAGUDA / CRÓNICA



## CAUSAS INFECCIOSAS (LAS MÁS FRECUENTES EN NUESTRO MEDIO)

- Micobacterias no tuberculosas
- Enfermedad por arañazo de gato
- Tuberculosis (puede ser unilateral, bilateral o generalizada)
- Otras (suelen ser bilaterales): CMV, VEB, SGA, toxoplasmosis, Staph aureus. Más raras: Actinomyces, Nocardia, hongos.





# ADENITIS CERVICAL UNILATERAL SUBAGUDA / CRÓNICA



## CAUSAS NO INFECCIOSAS

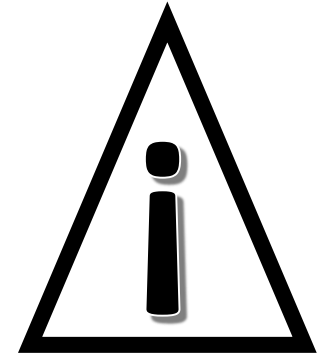
- **Entidades neoplásicas:** Mayor sospecha si se acompañan de clínica sistémica (fiebre, síndrome constitucional) u otros hallazgos exploratorios (hepato-esplenomegalia, petequias o hematomas, etc.).
- **Entidades inflamatorias** como la enfermedad de Kawasaki (aunque más frecuente presentación aguda) y la enfermedad de Kikuchi (linfadenitis necrotizante histiocitaria).



# ADENITIS CERVICAL: SIGNOS DE ALARMA



- Tamaño: Mayores de 3 cm.
- Palpación: Consistencia dura, adherencia a planos profundos, ausencia de dolor.
- Inspección: Ausencia de signos inflamatorios.
- Evolución: Aumento progresivo de tamaño. No antecedente de infección ORL.
- Localización: Supraclavicular, generalizadas y/o confluentes.
- Síntomas: Clínica constitucional, fiebre prolongada, clínica respiratoria
- Signos: Palidez, petequias/púrpura/hematomas, ictericia, hepatoesplenomegalia





# ADENOPATÍA CERVICAL: ESTUDIO ECOGRÁFICO



	ADENOPATÍA TÍPICA	ADENOPATÍA ATÍPICA
FORMA	Ovalada, ovoidea	Redondeada, irregular
BORDES	Bien definidos, lisos	Mal definidos, edema en tejido periférico
HILIO	Hilio central lineal, más ecogénico	Ausencia de hilio lineal ecogénico
PARÉNQUIMA	Homogéneo, sin alteraciones focales, hipo-ecoico en periferia	Irregular, focos de necrosis intranodal, calcificaciones
DIÁMETRO ANTEROPOSTERIOR	<1cm	> 1 cm

Cerdán Vera MT, Fernández Merchán JA, García Guzmán P, et al. Estudio ecográfico de las adenopatías cervicales en niños. Marzo 2015. Biblioteca del Grupo de Ecografía Pediátrica de la AEPAP.



# CASO CLÍNICO



- Ecografía realizada en Centro de Salud (descrita previamente) .....  
**Conclusión: Adenopatías de características atípicas, posible celulitis asociada (sobreinfección).**
- Por signos de posible sobreinfección, se pauta amoxicilina / ácido clavulánico 250 mg/62.5 mg a 40 mg/kg/día por localización. Se solicita analítica + RX de tórax + Mantoux.

# CASO CLÍNICO

- Analítica de sangre: Ferropenia (ferritina 8 mg/dl) con hemograma y bioquímica (incluidos parámetros de lisis tumoral) normales. VSG 5 mm, PCR <0.5 mg/l.
- RX de tórax normal.
- Mantoux 3 mm.

## INTERPRETRACIÓN DEL MANTOUX

Mantoux e IGRAs (v1/2021). En Guía-ABE.  
Rivero Calle I, Alfayate Miguélez S.

### Induración $\geq 5$ mm.

- Niños en contacto íntimo con el caso índice o sospechoso de TB
- Niños sospechosos de enfermedad tuberculosa clínica o radiológica
- Niños en situaciones de inmunodepresión o infección por el VIH
- Niños con conversión de la prueba de la tuberculina previamente negativo

### Induración $\geq 10$ mm.

- Cualquier otro caso: incluido el niño inmigrante, viajero y el cribado de niños sanos, independientemente de existir antecedentes de vacunación con BCG

Se deriva a Consultas Hospitalarias por sospecha de Adenitis por Micobacteria No Tuberculosa, para valorar muestra diagnóstica y pruebas no disponibles desde el Centro de Salud (IGRA, serologías ampliadas).

# CASO CLÍNICO

¿Con respecto a la adenitis por micobacterias no tuberculosas, cuál es la falsa?

- a) El *Mycobacterium lentiflavum* es un agente causal frecuente en nuestro medio.
- b) La aparición de clínica sistémica es excepcional en el paciente inmunocompetente.
- c) La punción de la lesión puede aumentar el riesgo de fístula.
- d) El tratamiento de elección es el farmacológico (asociación de dos antibióticos activos frente micobacterias durante 3-6 meses).



# CASO CLÍNICO

¿Con respecto a la adenitis por micobacterias no tuberculosas, cuál es la falsa?

- a) El *Mycobacterium lentiflavum* es un agente causal frecuente en nuestro medio.
- b) La aparición de clínica sistémica es excepcional en el paciente inmunocompetente.
- c) La punción de la lesión puede aumentar el riesgo de fístula.
- d) El tratamiento de elección es el farmacológico (asociación de dos antibióticos activos frente micobacterias durante 3-6 meses).**







# ADENITIS POR MICOBACTERIA NO TUBERCULOSA



## ETIOLOGÍA

- El *Mycobacterium avium* es el germen mayormente aislado clásicamente.
- Otros habituales son *Mycobacterium scrofulaceum*, *chelonae* y *haemophilum*.
- *Mycobacterium lentiflavum* ha ido ganando relevancia a lo largo de la última década, posicionándose como el subtipo más frecuentemente aislado en nuestro medio (45% *Olivas-Mazón R, et al. Eur J Pediatr. 2021 Apr;180(4):1279-1286*).



# ADENITIS POR MICOBACTERIA NO TUBERCULOSA



## LO HABITUAL

- Por edad: En niños menores de 5 años.
- Por temporalidad: Adenopatía de evolución crónica o subaguda (semanas / meses).
- Por lateralidad: Unilateral en el 95% de los casos.
- Localización típica: Submaxilar > Preparotídea / preauricular. No es habitual la afectación de otras regiones: axilar, inguinal, supraclavicular, etc.



# ADENITIS POR MICOBACTERIA NO TUBERCULOSA



## ES TÍPICO

Durante su evolución presentan las siguientes características que orientan el diagnóstico clínico:

- Evolución de piel circundante a tonalidad violácea.
- Fluctuación del tejido lesional.
- Desarrollo de fístula cutánea y drenaje de contenido caseoso (15-20% de casos).



# ADENITIS POR MICOBACTERIA NO TUBERCULOSA



## TAMBIÉN ORIENTA

- Ausencia de fiebre y clínica constitucional.
- No respuesta a antibióticos (salvo sobreinfección).
- No exposiciones de riesgo específicas (se postula que la fuente de transmisión es el medio ambiente, encontrándose los patógenos en suelo y agua natural y tratada, y siendo la mucosa oral la vía de entrada).

# CASO CLÍNICO

- En Hospital se amplía analítica con IGRA: Negativo.
- La lesión es sugestiva de adenitis por micobacteria atípica, se explican las opciones terapéuticas y se decide realizar control estrecho sin realizar PAAF por el momento.
- 2 meses y medio tras inicio de lesión, expulsa líquido blanquecino caseoso (“como un gusano”), acuden a Urgencias hospitalarias para toma de cultivo de bacterias + BAAR + Cultivo de micobacterias.





# CASO CLÍNICO



- Tinción BAAR: **NEGATIVA.**
- Se realizan cuidados de la lesión fistulosa resultante, que mantiene secreción serosa a su través.
- Tras 4 semanas el resultado del cultivo es.... **NEGATIVO.**





# ADENITIS POR MICOBACTERIA NO TUBERCULOSA



## DIAGNÓSTICO

- Signos clínicos típicos
- Mantoux/IGRA (orientan): Mantoux  $\geq 5$  mm y  $< 15$  mm e IGRA negativo.
- **Microbiológico** (en muestras de biopsia, PAAF o exudado drenado)
  - BAAR: rentabilidad baja (20%)
  - Cultivo: rentabilidad baja-moderada (50-80%)
  - PCR: existen tests múltiples o para subespecie específicas (72%), mayor sensibilidad en tejido que en exudado



# ADENITIS POR MICOBACTERIA NO TUBERCULOSA



## DIAGNÓSTICO

- Histopatología: Es característico la presencia de granulomas necrotizantes, células gigantes multinucleadas y microabscesos.
- Exclusión: Diagnóstico diferencial, sobre todo, con Bartonelosis y Tuberculosis. Otras: víricas, bacterianas, parasitarias e inflamatorias.





# ADENITIS POR MICOBACTERIA NO TUBERCULOSA



## DIAGNOSTICO

- Confirmado: PCR o cultivo positivo.
- Alternativo / pendiente cultivo: BAAR positivo e histopatología compatible + descarte de TBC (Mantoux menor 15 mm, RX tórax normal, no contacto TBC) y otras causas.

Dada la rentabilidad y disponibilidad limitada de las técnicas microbiológicas, se puede realizar **el diagnóstico de presunción si clínica típica (edad, síntomas, evolución) y/o histopatología compatible + exclusión de TBC y otras causas.**



# ADENITIS POR MICOBACTERIA NO TUBERCULOSA



## TRATAMIENTO: CIRUGÍA vs ANTIBIOTERAPIA

	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	TRATAMIENTO MÉDICO
INDICACIÓN	De elección	Si lesión compleja (fístulas múltiples, bilateralidad), dificultad anatómica para cirugía, recidiva
DESCRIPCIÓN	Debe ser completa (la exéresis parcial y la PAAF aumentan el riesgo de fístula)	2 antibióticos: Macrólido (azitromicina o claritomicina) + Rifabutina o etambutol o ciprofloxacino, durante 3-6 meses
INCONVENIENTES	Riesgo de lesión del nervio facial (8- 14% de casos, permanente en el 2%) y otras complicaciones (infección, hematoma)	Varios fármacos, tratamiento prolongado, efectos adversos frecuentes (70%). Menor tasa de curación (60-70% vs cirugía 95-98%)



# ADENITIS POR MICOBACTERIA NO TUBERCULOSA



## TRATAMIENTO

- **OBSERVACIÓN:** Alternativa en auge para pacientes con lesiones unilaterales de pequeño tamaño (menos de 2cm).

Tasa de resolución mayores del 90% a los 9 meses. La mayoría drenan su contenido al exterior en las 8 semanas posteriores. Cicatriz en 60-70% de casos, en su mayoría menores de 3 cm sin pigmentación y poco relieve.

# CASO CLÍNICO

- La paciente ha presentado fístula tras haber drenado, con evolución favorable (disminución progresiva de secreción hasta su cese). Por el momento no ha habido recidiva ni se ha indicado cirugía.





# BIBLIOGRAFÍA



- Del Rosal Rabes T, Fernández Cooke E, Muños Ramos A. Adenitis cervical superficial y abscesos cervicales profundos. *Protoc diagn ter pediater*. 2023;2:125-137.
- Martínez Chamorro MJ, Lupiani Castellanos P. Adenopatías cervicales (v.4/2023). *Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico* [en línea] [actualizado el 04/05/2023; consultado el 14-ago-2024]. Disponible en <http://www.guia-abe.es>.
- Cerdán Vera MT, Fernández Merchán JA, García Guzmán P, et al. Estudio ecográfico de las adenopatías cervicales en niños. Marzo 2015. Biblioteca del Grupo de Ecografía Pediátrica de la AEPAP. [Consultado el 11/9/2024]. Disponible en: [https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/estudio\\_ecografico\\_de\\_adenopatias\\_cervicales\\_en\\_ninos.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/estudio_ecografico_de_adenopatias_cervicales_en_ninos.pdf).
- Andrea T Cruz. Nontuberculous mycobacterial lymphadenitis in children. En: Uptodate, Diane Blake (Ed). Consultado el 01/09/2024.
- Olivas-Mazón R, Blázquez-Gamero D, Alberti-Masgrau N, et al. Diagnosis of nontuberculous mycobacterial lymphadenitis: the role of fine-needle aspiration. *Eur J Pediatr*. 2021 Apr;180(4):1279-1286.
- Blázquez Gamero D. Protocolo de tratamiento de la linfadenitis por micobacterias no tuberculosas (MNTB). Actualizado en Junio de 2015. *Protocolos de Infectología básica, Sección de Enfermedades Infecciosas Pediátricas del Hospital Universitario Doce de Octubre*. Consultado el 01/09/2024. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/hospital-infantil/enfermedades-infecciosas-pediatricas>.