

Adenitis cervical que no cura con antibioterapia convencional

RAQUEL REVERT GIL (R1 PEDIATRÍA)

PEDRO ALCALÁ MINAGORRE/OLGA GÓMEZ PÉREZ (ADJUNTOS SECCIÓN ESCOLARES)

MARI CARMEN VICENT (ADJUNTA SECCIÓN LACTANTES Y CONSULTA E.INFECCIOSAS)

Índice

1. Presentación del caso
2. Diagnóstico diferencial
3. Pruebas complementarias iniciales
4. Revisión sobre adenitis cervical y su etiología
5. Estudio etiológico de nuestro paciente
6. Adenitis cervical por micobacterias
 1. Diagnóstico diferencial atípica/típica
 2. Diagnóstico dirigido en nuestro paciente
 3. Tratamiento
7. Problemas en la administración de los fármacos
8. Bibliografía

PRESENTACIÓN DEL CASO

- **Niño de 2 años que consulta por aparición de lesión submandibular**
- **Antecedentes**
 - Origen rumano
 - No RAMc
 - Ingreso en UCIN por síndrome febril a las 24h de vida
 - Vacunación al día (no incluyendo BCG)
- **Enfermedad actual:**
 - Lesión mandibular de aparición hace 15 días, en tratamiento con amoxicilina-clavulánico (5 día de tratamiento) y tratamiento tópico con mupirocina, con aumento progresivo del tamaño
 - Asocia fiebre (hasta 39 grados) de 5 días de evolución
 - No otros síntomas asociados

Caso clínico

- **Exploración física:**

- Peso: 17kg (p95). Talla: 105cm (p97)
- Discreta palidez cutánea. Lesiones de picaduras en brazos
- Herida costrosa en mentón no impetiginizada. Tumefacción submandibular, hacia ángulos mandibulares (más en el izquierdo, borrándolo ligeramente), eritematosa y dolorosa a la palpación
- Cavidad oral: caries en varias piezas dentarias superiores. No se objetiva flemón dentario
- Resto de la exploración normal



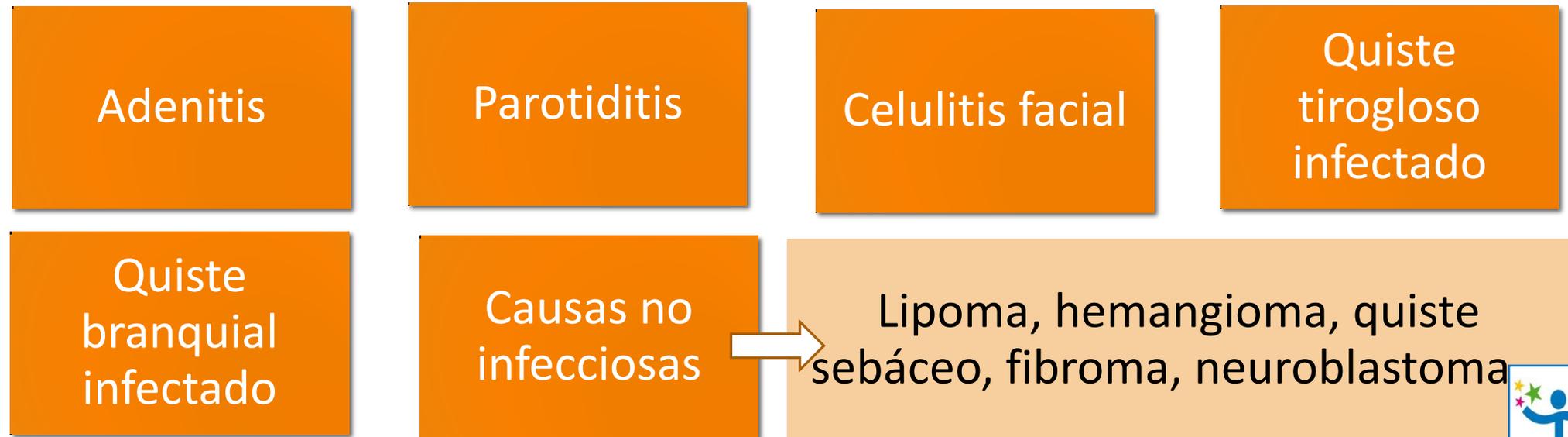
Ingreso

ANTE LOS HALLAZGOS DESCRITOS Y NO CURACIÓN A PESAR DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO.



Diagnóstico diferencial

- Tumorción submandibular
- Fiebre
- Herida que puede ser una puerta de entrada de infección
- Caries en piezas dentarias como origen de infección



Pruebas complementarias iniciales

Hemograma:

- Leucocitos: $24 \times 10^3/L$ con predominio linfocítico
- Plaquetas Y hemoglobina con valores normales

Bioquímica:

- PCR: 2mg/dL

Serología:

- Positiva: IgG para VEB y CMV
- Negativa: IgM para VEB, CMV; VIH; Toxoplasma

Hemocultivo y urocultivo: negativos

Mantoux

Pruebas complementarias iniciales: imagen

Ecografía abdominal:

- Ausencia de adenopatías de características patológicas. Resto del estudio sin alteraciones

Ecografía cervical:

- Múltiples adenopatías cervicales bilaterales, de hasta 2cm, de predominio en triángulo cervical anterior. Flujo aumentado. En espacio submentoniano, cambios inflamatorios en el tejido celular subcutáneo y lesión pseudonodular compatible con necrosis/absceso/adenopatía inflamatoria



ADENITIS CERVICAL

Adenitis cervical

REVISIÓN

CONCEPTO

Aumento del tamaño de los ganglios linfáticos en cuello o región submandibular que asocia signos inflamatorios. Es fundamental el estudio del resto de territorios ganglionares para descartar que sea sistémico

Diagnóstico diferencial adenitis

Oncológicas	Síndromes	Etiología Infecciosa
Linfoma, leucemia	PFAPA, Kikuchi, sarcoidosis	

ETIOLOGÍA INFECCIOSA

- Es la que nos planteamos en nuestro paciente ante fiebre, elevación de reactantes de fase aguda y hallazgos ecográficos

Cuadro clínico	Gérmenes frecuentes	Gérmenes ocasionales
Aguda inespecífica	VEB, CMV, VHS, Adenovirus	Parvovirus B19, Toxoplasma, VIH
Aguda unilateral	Stph. aureus, Stp. pyogenes	Stp. Agalactiae, Anaerobios, Francisella tularensis
Subaguda	Micobacterias no tuberculosas	Mycobacterium tuberculosis, Bartonella henselae



Dos semanas de evolución del cuadro

Volviendo a nuestro caso

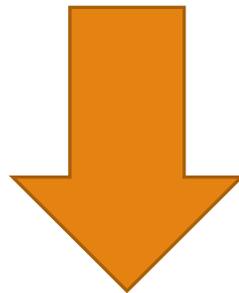
ESTUDIO ETIOLÓGICO DE ADENITIS CERVICAL SUBAGUDA

Ante resultados de ecografía cervical:

Drenaje quirúrgico:

- Incisión sobre piel necrótica, sin salida de pus. Se observa cavidad que contiene material necrótico y fibrina, se desbrida y se lava con betadine diluido. Se deja herida abierta con gasa mechada. No se toma muestra

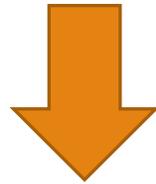
Antibioterapia con clindamicina y cefotaxima



Queda afebril

ESTUDIO ETIOLÓGICO

- **Mantoux:** 22 mm de induración a las 48h y 72h
 - Se interroga acerca de posibles contactos bacilíferos: dudoso caso de una persona que convivió en la misma casa unos meses, con tos y medicación de difícil catalogación
 - Se realiza interconsulta a Medicina Preventiva, que inicia el estudio de contactos y declara el caso



Nos planteamos diagnóstico de **adenitis por micobacterias**

ADENITIS por Micobacterias: ¿tuberculosa o no?

Adenitis subaguda

+

Signos inflamatorios

+

Mantoux >10mm en un país desarrollado

**Se debe sospechar primero la presencia de micobacterias no
tuberculosas pero no hay que descartar NUNCA la presencia de
tuberculosis**

ADENITIS CERVICAL POR MICOBACTERIAS

	Micobacteria Tuberculosa	Micobacteria No TBC
EDAD	Mayores	Menores de 5 años.
LOCALIZACIÓN	Bilateral. Cadenas posteriores cervicales, axilares y supraclaviculares	Submandibular
FRECUENCIA	Muy frecuente (80%)	Poco frecuente
MANTOUX	Más indurado (>10-15mm)	Variable. Menor induración
RX TÓRAX	Alteraciones 40-60%	Normal
OTROS SÍNTOMAS	Fiebre, pérdida de peso	No suele haber

DIAGNÓSTICO

- **Histología:** ambas presentan granulomas con necrosis caseificante.
- **Microbiología:**
 - Tinción Ziehl-Nielsen / auramina: sólo en 20-50% se observa
Si es positiva, no podremos distinguir el tipo de bacilo
 - Cultivo en medio sólido (Lowenstein) 4-6 semanas / líquido (Middlebrook) 8-14 días
 - PCR para micobacterias en la muestra
- **Mantoux**

DIAGNÓSTICO DIRIGIDO A TBC

- **Estudios de imagen:**

- Radiografía de tórax
- TC pulmonar: ante radiografía normal, especialmente en menores de 2-3 años que hayan tenido un contacto con adulto bacilífero

- **Estudios microbiológicos:**

- Estudio de jugo gástrico de tres muestras en tres días consecutivos o esputo inducido.
- Tinciones
- Cultivo
- PCR

DIAGNÓSTICO DIRIGIDO A TBC

Nuevos métodos de diagnóstico: **QuantiFERON®**, **T- SPOT®**

- Tras extracción de sangre, se estimulan los linfocitos T con antígenos específicos de MTB. Si está infectado, producirán interferón gamma
- Período de 2 semanas para positivizarse
- Más específicos (no falsos positivos por otras micobacterias)

Estudios de referencia: cultivo y PCR

El diagnóstico de certeza es difícil en niños y con frecuencia es de sospecha. Cuando hay sospecha, a pesar de ausencia de reacción a Mantoux, se debe tratar.

Estudio etiológico

- **Estudio familiar:** 3 familiares con Mantoux con induración
- **QuantiFERON:** positivo (10,91 UI/mL) ➔ confirmación
- Extracción durante 3 días seguidos de **muestras de jugo gástrico y esputo**
 - Cultivo: pendiente
 - Tinción Zhiel-Nielsen: ausencia de gérmenes
 - PCR *M. Tuberculosis complex* : negativa

Tratamiento adenitis por micobacterias

Adenitis por micobacterias no tuberculosas:

- **Exéresis quirúrgica precoz.** Pretendemos evitar el drenaje espontáneo y las complicaciones
- En casos recurrentes o no subsidiarios de cirugía: tratamiento farmacológico durante 3 meses (claritromicina o azitromicina + etambutol, rifabutina o ciprofloxacino)

Tratamiento adenitis por micobacterias

Adenitis tuberculosa:

- Isoniazida, rifampicina, etambutol pirazinamida (2 meses)



- Isoniazida y rifampicina (4 meses)

- El tratamiento médico suele conseguir la curación, siendo excepcional la necesidad de cirugía, aunque pueden persistir adenopatías residuales durante meses o años

Tratamiento en Nuestro paciente

Terapia

- Isoniazida/Piridoxina
- Rifampicina
- Etambutol
- Pirazinamida

Seguimiento en consulta de enfermedades infecciosas

Estudio familiar de tuberculosis por parte de Medicina Preventiva

Nuevo problema: la administración de los fármacos

- En nuestro paciente está resultando muy difícil la deglución del fármaco
- Esto nos crea un problema de eficacia de tratamiento cuya adherencia al mismo ha de ser exquisita para conseguir la curación
- Se ha planteado por parte de expertos (Red Española de Estudio de la Tuberculosis Pediátrica) este problema y se ha evidenciado la heterogenicidad de administración en nuestro país de estos fármacos
 - Algunos facultativos los prescriben en forma de comprimidos para triturar
 - Otros prescriben fórmulas magistrales creadas por farmacia que no son homogéneas en nuestro territorio
- En el presente enlace se plantea el problema y las posibles soluciones para homogeneizar la administración de los mismos (fórmulas magistrales homogéneas, fármacos combinados a dosis fijas):
 - <http://www.analesdepediatria.org/es/recomendaciones-elaboracion-administracion-farmacos-antituberculosos/avance/S1695403316302259>

Bibliografía

Baquero Artigao, T. del Rosal Rabes, M.J. García Miguel. Adenitis cervical. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP. Infectología Pediátrica 2015

Infectología pediátrica básica. Manejo práctico. Sociedad española de infectología pediátrica. Editorial Panamericana. 2012

Kenneth L McClain, MD, PhD. Peripheral lymphadenopathy in children: Etiology. UptoDate. Sep 2016

C Mary Healy, MD. Cervical lymphadenitis in children: Etiology and clinical manifestations. Uptodate. Sept 2016

Piñero, R. Santiago, B., Rodríguez B. Recomendaciones para la elaboración y administración de fármacos antituberculosos en niños. Segunda fase del Proyecto Magistral de la Red Española de Estudio de la Tuberculosis Pediátrica (pTBred). An Pediatr (Barc). 2016.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2016.06.012>

Gracias por vuestra atención

