

ADENITIS CERVICAL QUE NO CURA CON ANTIBIOTERAPIA CONVENCIONAL

Raquel Revert Gil (autora)
Bonilla Díaz, Inmaculada
González García, Laura
Márquez de Prado Yagüe, Marta
Revert Bargues, Andrea



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
 - I. *Diagnóstico diferencial atípica/típica*
 - II. *Diagnóstico dirigido en nuestro paciente*
 - III. *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 UCI neonatal por síndrome febril a las 24h de vida.
 - Vacunación al día (no incluyendo BCG)
- **Enfermedad actual:**
 - Lesión mandibular de 15 días de evolución
 - Aumento progresivo de la misma
 - En tratamiento con amoxicilina-clavulánico y mupirocina desde hace 5 días
 - Asocia fiebre (hasta 39 grados) de 5 días de evolución
 - No otros síntomas asociados

CASO CLÍNICO

- **Exploración física:**
 - Peso: 17kg (p95). Talla: 105cm (p97). T: 38.5 grados
 - 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
 - Dudosa hepatomegalia de unos dos traveses de dedo
 - Resto de la exploración normal



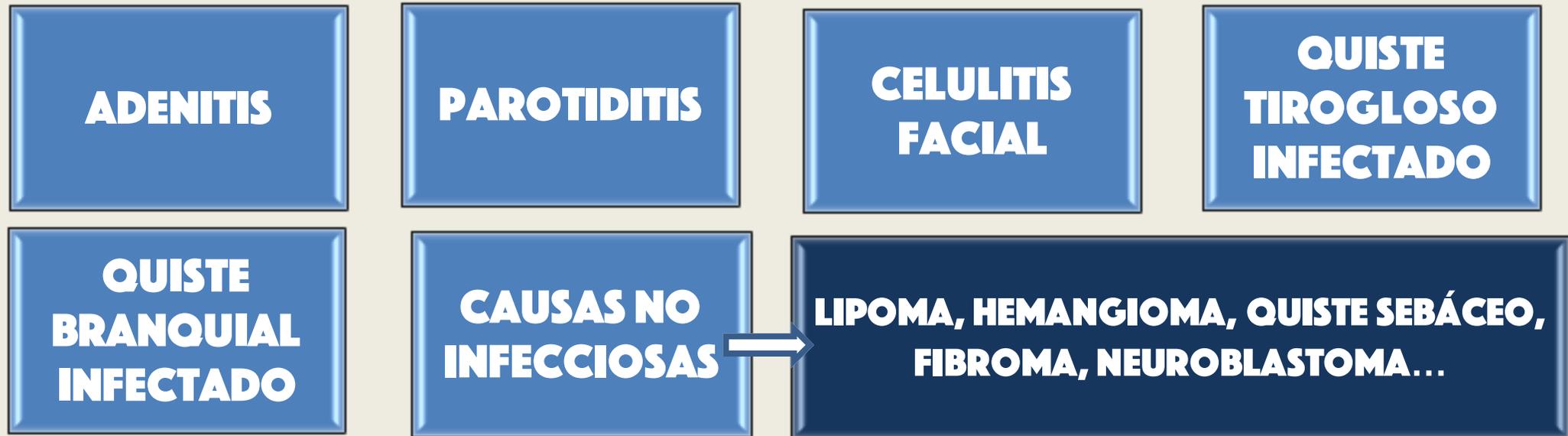


INGRESO

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

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Tumorción submandibular
- Fiebre
- Herida como 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 DE IMAGEN INICIALES

ECOGRAFÍA ABDOMINAL

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

ECOGRAFÍA CERVICAL

- Múltiples adenopatías cervicales bilaterales (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

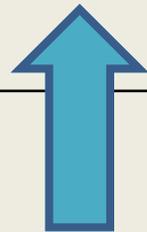
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ADENITIS

ONCOLÓGICAS	SÍNDROMES	ETIOLOGÍA INFECCIOSA
Linfoma, leucemia	PFAPA, Kikuchi, sarcoidosis	

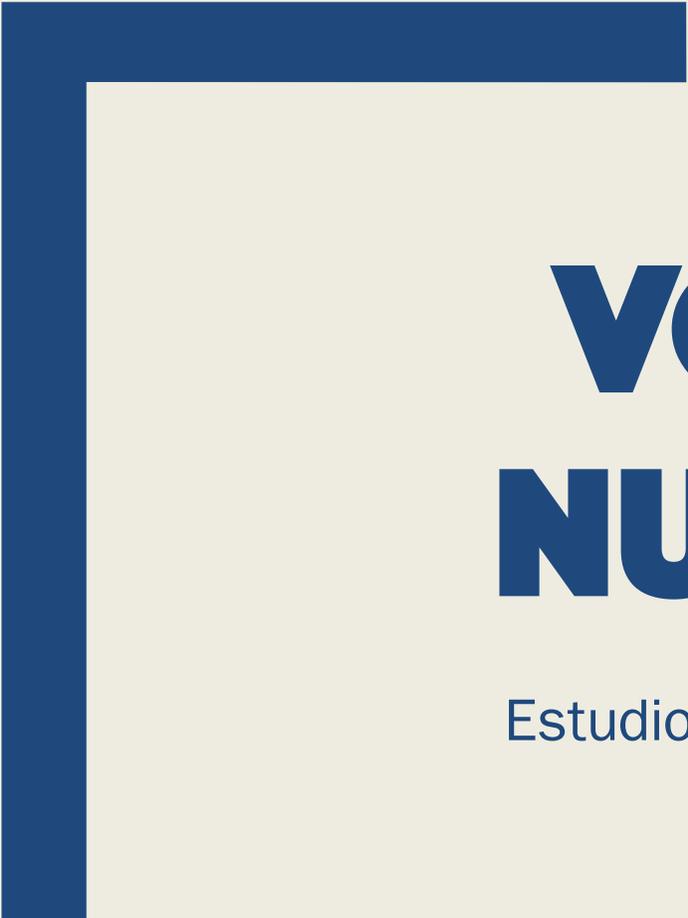
ETIOLOGÍA INFECCIOSA

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



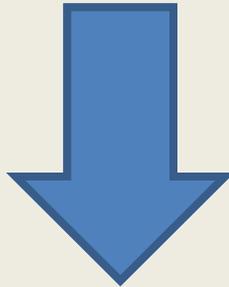
VOLVIENDO A NUESTRO CASO

Estudio etiológico de adenitis cervical subaguda



ANTE RESULTADOS DE ECOGRAFÍA CERVICAL

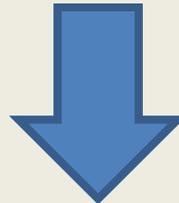
- **Drenaje quirúrgico:**
 - Incisión sobre piel necrótica, sin salida de pus. Se observa cavidad que contiene material necrótico y fibrina, se desbrida y se lava con betadine diluido. Se deja herida abierta con gasa mechada. No es posible tomar muestra
- **Antibioterapia con clindamicina y cefotaxima.**



QUEDA AFEBRIL

ESTUDIO ETIOLÓGICO

- **MANTOUX:** 22 mm de induración a las 48h y 72h
- Interrogación familiar acerca de 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



**DIAGNÓSTICO PROBABLE DE ADENITIS POR
MICOBACTERIAS**

ADENITIS POR MICOBACTERIAS: ¿TUBERCULOSA O NO?

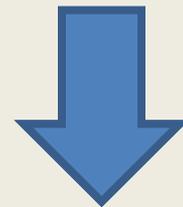
ADENITIS SUBAGUDA

+

SIGNOS INFLAMATORIOS

+

MANTOUX >10MM EN UN PAÍS DESARROLLADO



- 1. SOSPECHAR PRIMERO MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS**
- 2. NO DESCARTAR 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	Menos frecuente	Más frecuente (80%)
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: negativo
 - Tinción Zhiel-Nielssen: 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

NUEVO PROBLEMA: LA ADMINISTRACIÓN DE LOS FÁRMACOS

- Deglución dificultosa de fármacos en pacientes de corta edad
- Problema de adherencia al tratamiento ➡ problema de eficacia
- Se ha planteado por parte de expertos (Red Española de Estudio de la Tuberculosis Pediátrica)
 - Algunos facultativos los prescriben en forma de comprimidos para triturar.
 - Otros prescriben fórmulas magistrales creadas por farmacia que no son homogéneas en nuestro territorio.
- Posibles soluciones: fórmulas magistrales homogéneas, fármacos combinados a dosis fijas

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). Anales de pediatría. Junio 2016



XXXIII
CONGRESO
DE LA SOCIEDAD
VALENCIANA
DE PEDIATRÍA

VALENCIA, 4 y 5 de Mayo de 2017
Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Valencia

