

ADENITIS CERVICAL DERECHA ABSCESIFICADA



Irene Mate Martín (Rotatorio Pediatría)
Tutora: Dra. Conchi Ruipérez (Planta de Escolares)

ANAMNESIS

Niña 2 años adenitis submandibular con fiebre de 3 semanas de evolución

Atención Primaria → Amoxicilina-clavulánico 40mg/Kg/día v.o. 7 días → Mejoría transitoria

ANTECEDENTES PERSONALES DE INTERÉS

Viaje Marruecos

Niega contacto con animales o personas enfermas

EXPLORACIÓN FÍSICA

T^a 38,3°C

adenopatías laterocervicales derechas

- Pétrea
- La mayor 2-3cm
- Palpación dolorosa
- ↑ T^a local y eritema

ORL: Faringe hiperémica con abundante mucosidad

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

1. Prueba de laboratorio (06/10)

- Hemograma:
leucocitosis (PMN 69,3%)
- Bioquímica: PCR 0,87 mg/dL

2. Microbiología

- Hemocultivo (07/10): **Negativo**
- Mantoux negativo (48 y 72h)
- Cultivo micobacterias(13/10): **N**
- Serología (07/10):

Bartonella henselae IgG	DUDOSO 1,07
Bartonella henselae IgM	Negativo
Citomegalovirus IgG	Positivo
Citomegalovirus IgM	Negativo
Anticuerpos heterófilos V.Epsteinn Barr	Negativo
Epstein Barr IgM	POSITIVO
Epstein Barr IgG	POSITIVO
Treponema (sífilis)	Negativo
Toxoplasma Gondii IgG e IgM	Negativo
VIH	Negativo

3. Pruebas de imagen

Ecografía cervical (06-10/10) :

Adenopatías hipoecoicas
de apariencia reactiva

Lesión de apariencia
necrótica (1,8 cm)

TRATAMIENTO

Amoxicilina-clavulánico intravenoso (150mg/kg/día).

Por IgG dudoso Bartonella: Azitromizina (10mg/kg/día)

Drenaje quirúrgico del absceso

EVOLUCIÓN

CULTIVO absceso: Streptococcus pyogenes sin resistencia a antibiótico. BIOPSIA: sin evidencia de neoplasia.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

MONONUCLEOSIS INFECCIOSA.

ABSCESO SUBMANDIBULAR POR ESTREPTOCOCCUS PYOGENES

ETIOLOGÍA Y CLASIFICACIÓN DE LAS ADENOPATÍAS CERVICALES INFECCIOSAS

Adenopatía: Mayor a 1cm

Habitualmente benignas (+ frecuente -> infecciosa)

Aguda: < 3 semanas; Crónica: > 6 semanas

ADENITIS AGUDA BILATERAL

- Forma más frecuente.
- Ocasionada por virus respiratorios

ADENITIS AGUDA UNILATERAL

- Infección bacteriana por *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes*

ADENITIS CRÓNICA

- Causas + frecuentes:
 - VEB, CMV
 - micobacterias atípicas. Es la + frecuente en niños inmunocompetentes. Casi exclusivo < 5 años.
- enfermedad de arañazo de gato (*Bartonella henselae*). VIH y toxoplasmosis.

DIAGNOSTICO

En la mayoría, suficiente con una historia clínica y exploración física completa

ANAMNESIS

ANTECEDENTES PERSONALES

Edad
Apetito
Pérdida de peso

SÍNTOMAS

Locales (duración, rapidez de crecimiento, dolor...)
Cutáneos
Constitucionales
Infección concurrente

ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS

Contacto con enfermos
Contacto con animales
Vacunación
Viajes
Medicación
Infecciones/adenopatías de repetición
Hábitos sexuales (adolescentes)

EXPLORACIÓN FÍSICA

EXPLORACIÓN NOS DEBE ALERTAR:

Localización	Supraclavicular, epitroclear
Tamaño	>tamaño, >riesgo
Dolor	Indolora, sin signos inflamatorios
Consistencia y fijación	Dura adherida, no móvil, no cambios en piel
Respuesta al tratamiento	Ausencia respuesta, crecimiento progresivo

INDICACIONES DE INGRESO EN ADENITIS CERVICAL

Afectación estado general

Adenopatías de gran tamaño y/o fluctuantes

Lactantes < 3 meses

Intolerancia al tratamiento oral

Ausencia de mejoría tras 48-72 horas de tratamiento antibiótico correcto

Fiebre elevada en lactantes

Malas condiciones sociolaborales

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Si signos de alarma o si las pruebas realizadas son normales pero persisten las adenopatías, está indicada la realización de estudios adicionales

1º nivel:



Analítica (Hemograma y bioquímica)

Hemocultivo (si fiebre)

Serología (CMV, VEB, Bartonella, VIH, toxoplasma)

Mantoux

Frotis faríngeo (si faringitis exudativa)

Ecografía

2º nivel:



Repetir analítica y ecografía

3º nivel:



Drenaje

Estudio anatomopatológico mediante toma de biopsia

Otros estudios microbiológicos

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

ALTERACIONES CONGÉNITAS: QUISTE BRANQUIAL, QUISTE TIROGLOSO

SOSPECHA TUMORAL (+ en adolescentes)

CAUSAS INMUNOLÓGICAS: ENFERMEDAD DE KAWASAKI

SIALOADENITIS

QUISTE SEBÁCEO, LIPOMA

TRATAMIENTO

Antibioterapia: cefalosporina de primera generación (cefadroxilo 30mg/kg/día) o amoxicilina-clavulánico (40mg/kg/día).

Si SARM: Clindamicina

En el caso de adenitis crónicas

Enfermedad por arañado de gato: Azitromicina

Adenitis tuberculosa: isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol.

Por micobacterias no tuberculosas: exéresis quirúrgica



CONCLUSIONES

- El diagnóstico de las adenopatías en pediatría es muy variado
- La mayoría, proceso autolimitado y benigno.
- La etiología más frecuente es la infecciosa, pero pueden ser la primera manifestación de procesos graves
- En la mayoría de casos con la anamnesis y la exploración física es suficiente para determinar el diagnóstico.
- Principales pruebas: Analítica, serología, ecografía.
- Tratamiento de elección: Antibiótico



BIBLIOGRAFÍA

1. Del Rosal-Rabes T, Baquero-Artigao F. Adenitis cervical. *Pediatr Integral*. 2018; 22:307-315
2. Guerrero-Fdez J, Cartón-Sánchez A, Barreda-Bonis A, Menéndez- Suso J, Ruiz J. Adenopatías. Diagnóstico diferencial. *Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría*. 6ª ed. Madrid: Editorial médica panamericana; 2018; 7:121-125.
3. Deosthali A, Donches K, DelVecchio M, Aronoff S. Etiologies of Pediatric Cervical Lymphadenopathy: A Systematic Review of 2687 Subjects. *Glob Pediatr Health*. 2019; 6:2333794X19865440
4. Beléndez-Bieler C, Pérez-Moreno J, Saavedra-Lozano J. Adenomegalias. Adenitis cervical. *An Pediatr Contin*. 2012;10:313-23
5. Hernández-Encinas MA, Díez-Estrada E. Adenopatías: del síntoma al diagnóstico principal. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2008;1:22-26
6. Álvarez-Caro F, Gómez-Farpón A, Blanco-Lago R, Arroyo-Hernández M, Jiménez-Treviño S, Suárez-Saavedra S, et al. Adenopatías en pediatría. *Arch Argent Pediatr*. 2007;105: 342-350

