

# MASA CERVICAL: UN RETO DIAGNÓSTICO

**Carlos Torrá Rodríguez**  
Pediatria Interna Hospitalaria  
Tutor: Dr. Pedro Alcalá



# Caso clínico

**Motivo de ingreso:** Niña de 13 años con tumoración cervical izquierda dolorosa de 3 semanas de evolución  
Empeoramiento progresivo de tamaño y dolor, a pesar de tratamiento antibiótico

- Asocia fiebre, sudoración nocturna, pérdida objetivada de 3kg de peso
- Imposibilidad de movilización de MSI más de 30°



- Antecedentes personales:
  - Dermatitis Atópica en tratamiento con Upadacitinib
  - Convive con 3 gatos domésticos
  - Calendario vacunal al día



**Servicio de  
Pediatria**

DEPARTAMENTO DE SALUD  
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

# EF y pruebas complementarias al ingreso



- Exploración física:

- Tumorción cervical izquierda de 5cm, blanda, dolorosa a la palpación. **No eritema o signos flogóticos**
- No adenopatías en otra localización
- ORL sin alteraciones
- Resto de exploración sin hallazgos patológicos



- Analítica sanguínea:

- Bioquímica, Hemograma y Coagulación sin alteraciones
- **VSG 46mm**
- Sangre periférica sin alteraciones

# EF y pruebas complementarias al ingreso



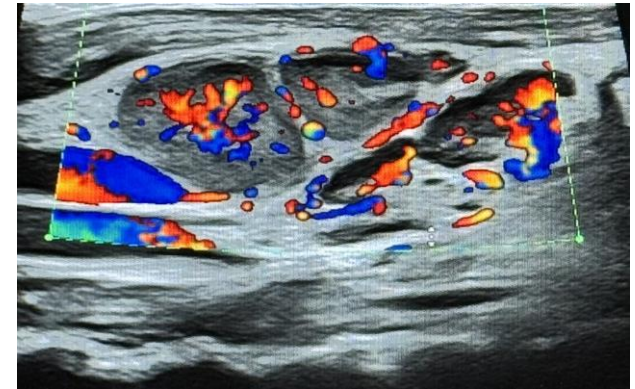
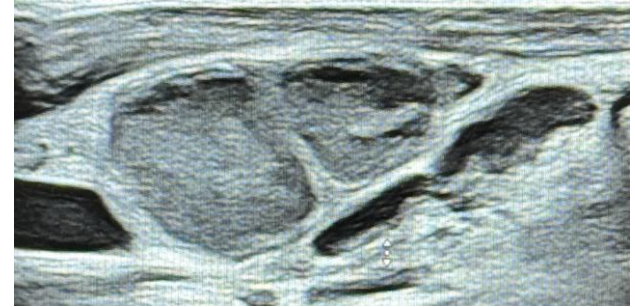
- Serología: IgG Bartonella henselae **Positivo**

- Ecografía cervical 06/02:

- En región cervical IIA-III **conglomerado adenopático** con ganglios aumentados de tamaño de características **patológicas**
- Con efecto masa sobre la vena yugular, siendo permeable



- Rx tórax: sin alteraciones



# Primera sospecha diagnóstica

Adolescente con **conglomerado adenopático** de gran tamaño +  
**síntomas constitucionales** + tratamiento **inmunomodulador**



**Patología oncológica**

# Diagnóstico diferencial

Grupo		Diagnósticos	Pistas clínicas
Infeccioso	Viral	<i>VEB, CMV, adenovirus, VIH</i>	Fiebre, astenia, faringitis, adenopatías generalizadas, hepatoesplenomegalia
	Bacteriano	<i>Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes, anaerobios dentarios</i>	Dolor, eritema, calor local, fiebre, fluctuación, foco oral/cuero cabelludo
	Parásitos (zoonosis)	<i>Bartonella henselae, Toxoplasma gondii</i>	Contacto con gatos, arañazo/mordedura, curso subagudo, adenitis regional
	Micobacterias	<i>Mycobacterium tuberculosis, micobacterias no tuberculosis</i>	Curso crónico, exposición TBC, fistulización, coloración violácea, síntomas sistémicos
Neoplásico		Linfoma, leucemia	Síntomas B, adenopatía firme/indolora/supraclavicular, citopenias, LDH alta, masa mediastínica
Inflamatorio/ autoinmune		Kikuchi-Fujimoto, LES, AIJ sistémica	Fiebre, rash, artralgias, citopenias/autoinmunidad, curso recurrente

# Pruebas complementarias EN PLANTA

## AS:

- Hemograma: normal
- Hemograma diagnóstico: **no se objetiva infiltración neoplásica**
- Bioquímica:
  - **LDH 265 U/L (0-250)**
  - PCR 0,41 mg/dL

## SEROLOGÍA AMPLIADA:

IgG *Bartonella henselae* **Positivo**, IgM **dudoso**.

Resto negativo

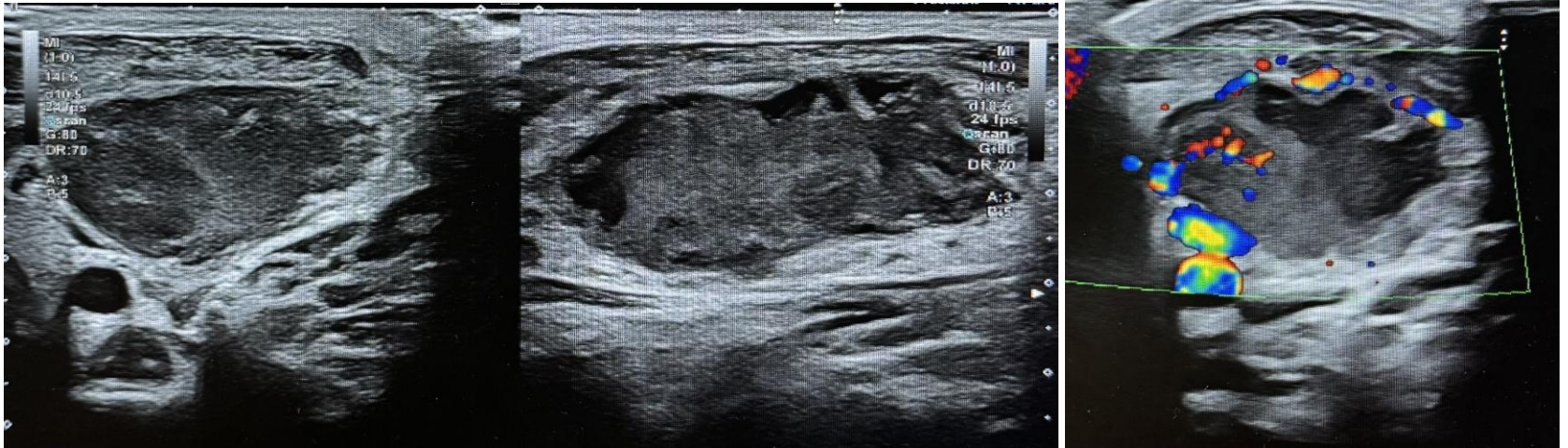
**QUANTIFERON:** negativo

**BIOPSIA (BAG):** escasa muestra. Salida de abundante **contenido purulento**. Tejido linfoide aspecto reactivo

**INMUNOFENOTIPO:** no se objetiva infiltración por neoplasia hematológica

# Pruebas complementarias EN PLANTA

- **ECOGRAFÍA CERVICAL 17/02:** aumento de la lesión cervical formando una **masa única quística heterogénea con cambios quísticos/necróticos en su interior**



# Sospecha diagnóstica tras estudio

Infección por  
*Bartonella henselae*

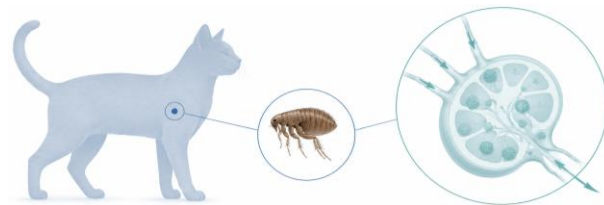


**UPADACITINIB**



# Bartonella

- Bacterias **Gram - intracelulares**: difícil de cultivar y de crecimiento lento
- ***Bartonella henselae*** mas relevante en pediatría
- Principal causante de la enfermedad por arañazo de gato
- Transmisión a humanos: arañazo o mordedura



Especie	Reservorio / vector	Enfermedad humana principal
<b>B. henselae</b>	Gato / pulga del gato	Arañazo de gato; endocarditis; angiomatosis bacilar; peliosis hepática; neurorretinitis; osteomielitis
<b>B. quintana</b>	Humano / piojo corporal	Fiebre de las trincheras; endocarditis; angiomatosis bacilar
<b>B. bacilliformis</b>	Humano / flebótomo	Enfermedad de Carrión: fiebre de Oroya y verruga peruana
<b>B. elizabethae</b> <b>B. koehlerae</b> <b>B. vinsonii</b>	Roedores, gatos, perros, garrapatas	Endocarditis; bacteriemia; fiebre
<b>B. washoensis</b>	Ardilla terrestre	Miocarditis

# *Bartonella henselae*

## TÍPICA



- **Pápula o pústula de inoculación**
- Tras 1-3 semanas, **adenopatía regional progresiva**
- Síntomas constitucionales leves: malestar, fatiga, anorexia, cefalea o febrícula

## ATÍPICAS



- Adenitis supurada
- Afectación hepatoesplénica (VSG muy elevada)
- Neuroretinitis
- Encefalopatía
- Síndrome oculoglandular de Parinaud
- Osteomielitis
- Endocarditis (hemocultivos negativos)
- Cutánea (eritema nodoso)
- Hematológica (PTT, anemia hemolítica)

# Bartonella henselae

## DIAGNÓSTICO



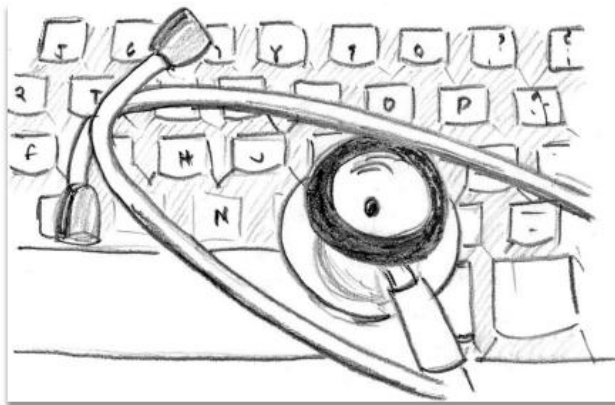
- **Clínico** si cuadro típico + exposición compatible
- Serología por IFA o ELISA.
- PCR en tejido, pus ganglionar o material aspirado
- Histología: granulomas con microabscesos y linfadenitis folicular
- Tinción de Warthin-Starry, aunque no siempre es sensible
- Cultivo poco rentable: crecimiento lento

## TRATAMIENTO



- Inmunocompetentes: suele ser autolimitada
- Analgesia. Calor local
- Azitromicina (reducción tamaño ganglionar)
- Corticoides no se recomiendan de rutina

# Inmunomoduladores



**Fármacos modificadores de respuesta biológica e infección**  
**Aspectos preventivos y terapéuticos**

Laura Ureña Horno R2 Pediatría  
Tutor: Dr. Pedro Alcalá Minagorre

# Inmunomoduladores

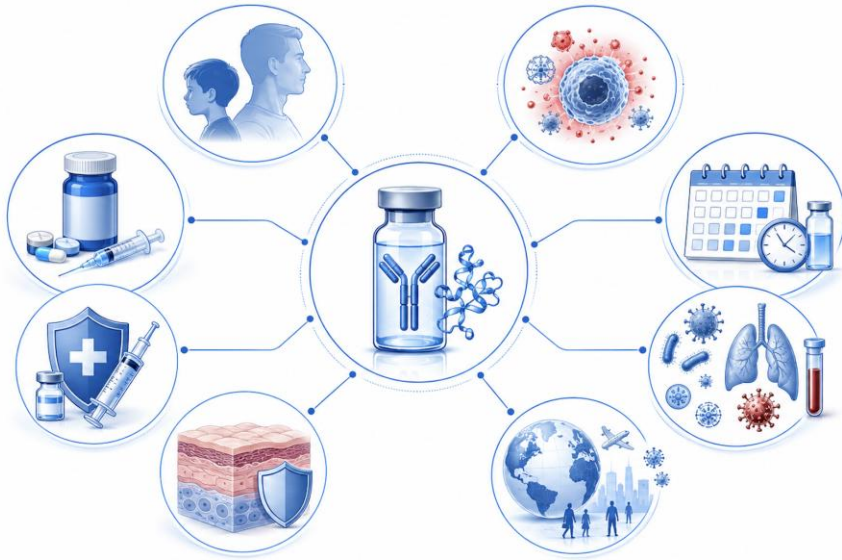
**¡¡¡NO TODO ES “BIOLÓGICO”!!!**

Tipo	Qué es	Ejemplos / familias
<b>Biológico</b>	Molécula producida a partir de <b>sistemas vivos</b> ; habitualmente anticuerpo monoclonal o proteína de fusión	Anti-TNF, anti-CD20, anti-IL-6, anti-IL-17, anti-IL-23, anti-IgE, anti-IL-4/13
<b>Terapia dirigida sintética</b>	Molécula pequeña de <b>síntesis química</b> , generalmente oral; bloquea dianas intracelulares	Inhibidores JAK: upadacitinib, baricitinib, tofacitinib, abrocitinib
<b>Inmunosupresor clásico</b>	<b>Fármaco</b> con efecto inmunosupresor más amplio o menos selectivo	Corticoides sistémicos, ciclosporina, metotrexato, azatioprina, micofenolato

# Fármacos biológicos

Grupo	Ejemplos de uso	Infecciones a recordar
<b>Anti-TNF</b>	EII, artritis idiopática juvenil/artritis, psoriasis	Tuberculosis y reactivación TBC, infecciones granulomatosas, hepatitis B, infecciones bacterianas graves
<b>Anti-CD20</b>	Hematología, autoinmunidad, nefrología	Reactivación hepatitis B, hipogammaglobulinemia, infecciones bacterianas, infecciones virales seleccionadas
<b>Anti-IL-6</b>	AIJ sistémica, artritis, síndrome hiperinflamatorio	Infecciones bacterianas, TBC; puede reducir fiebre/PCR y enmascarar gravedad
<b>Anti-IL-17</b>	Psoriasis, artritis psoriásica, espondiloartritis	Candidiasis mucocutánea, infecciones respiratorias altas; vigilar EII
<b>Anti-IL-12/23 / anti-IL-23</b>	Psoriasis, EII	Riesgo global bajo en muchos estudios; individualizar por comorbilidad y tratamientos asociados
<b>Anti-IgE</b>	Asma alérgica, urticaria crónica	Bajo riesgo infeccioso global; valorar contexto clínico
<b>Anti-IL-4/13</b>	Dermatitis atópica, asma tipo 2	Bajo riesgo global en general; atención a helmintos y vacunas vivas según ficha técnica del fármaco concreto

# Factores que modifican el riesgo infeccioso



- **El mecanismo de acción**
- **Influye la dosis y la duración del tratamiento**
- **Factores del huésped** como la edad, la enfermedad de base, las comorbilidades y los tratamientos concomitantes

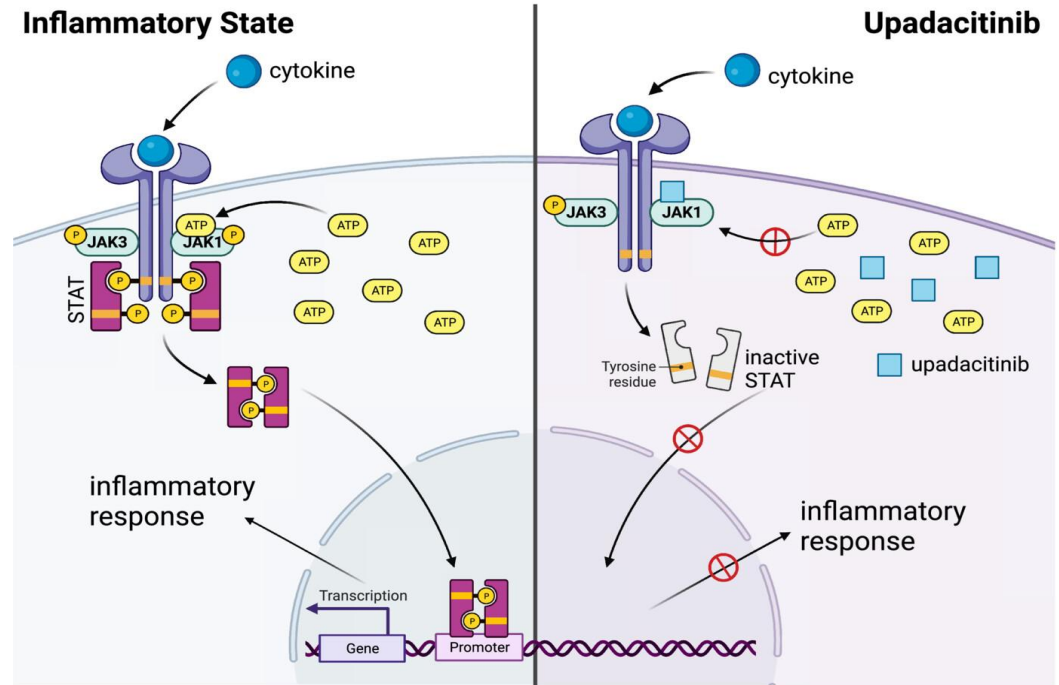
# Upadacitinib

- Terapia **dirigida sintética**
- Se administra vía **oral**
- Inhibidor preferente de **JAKI**
- Modula la señalización **JAK-STAT**
- Indicado en:
  - Dermatitis atópica moderada-grave en:
    - adultos
    - adolescentes  $\geq 12$  años



# Vía JAK-STAT: por qué importa

- Muchas citocinas **señalizan** por JAK-STAT
- Bloquear JAK no equivale a bloquear una única citocina
- JAK1 participa en señales **inflamatorias y antivirales**
- Puede **modificar respuestas** antivirales, antimicrobianas y antifúngicas
- Perfil infeccioso **más sistémico** que biológicos muy selectivos



# Cribado y prevención previo inicio

Área	Qué revisar	Pruebas / acción
<b>Infección activa</b>	Fiebre, foco actual, infecciones recientes, contactos, viajes	<u>Si infección relevante</u> : posponer inicio y tratar
<b>Tuberculosis</b>	Contacto TBC, país de origen/viajes, síntomas, anti-TNF/JAK	IGRA ± Mantoux; <u>Rx tórax</u> si positivo, síntomas o alto riesgo
<b>Virus</b>	Riesgo de reactivación o infección no conocida	<u>VHB</u> : HBsAg, anti-HBc, anti-HBs · <u>VHC</u> ± ARN · <u>VIH</u> si riesgo/protocolo
<b>Varicela y vacunas</b>	Cartilla vacunal; varicela dudosa; vacunas pendientes	<u>IgG VZV</u> si duda · <i>Inactivadas</i> ≥2 sem antes · <i>Vivas</i> ≥4 sem antes
<b>Cribado selectivo</b>	Eosinofilia, procedencia/viajes, mascotas, exposición específica	<i>Strongyloides</i> /parásitos, hongos o zoonosis solo si contexto compatible

# Evolución

- Durante el ingreso:
  - Mantuvo tratamiento con **Azitromicina** ante serología positiva
  - Ante etiología infecciosa, se suspendió Upadacitinib. Reparición de síntomas de dermatitis atópica
- Mejoría progresiva de síntomas
- Se decidió alta: con **Azitromicina y Doxiciclina**
- Controles:
  - Ecografía cervical: mejoría radiológica (volumen actual de 9cc, previo de 17cc), menor efecto masa sobre vena yugular y mejoría de los signos inflamatorios
  - Analítica sanguínea: descenso de VSG, con normalidad de RFA
  - Sucesivas citas de seguimiento: mejoría clínica, disminución de tamaño de la adenopatía y desaparición de síntomas constitucionales
- En abril 2026 se reanudó el tratamiento con **Upadacitinib** por parte de Dermatología sin incidencias

# Mensajes para llevar a casa



- ❖ **Masa cervical + síntomas B** → descartar patología oncohematológica
- ❖ **Dolor + evolución subaguda** → considerar etiología infecciosa
- ❖ **Contacto con gatos** → pensar en *Bartonella henselae*
- ❖ **Inmunomodulación** → valorar riesgo infeccioso según mecanismo de acción del fármaco
- ❖ **Upadacitinib** → inhibidor JAK; riesgo de infecciones graves, atípicas u oportunistas
- ❖ **Infección relevante** → considerar suspensión temporal y manejo multidisciplinar

# Bibliografía

1. Cherry JD, Harrison GJ, Kaplan SL, Steinbach WJ, Hotez PJ. Bartonella Infections. Feigin and Cherry's Textbook of Pediatric Infectious Diseases (8ª edición). Philadelphia: Elsevier; 2019. 1720-1729
2. Royal Children's Hospital Melbourne. Clinical Practice Guidelines: Cervical lymphadenopathy [Internet][Consultado 06/05/2026]. Disponible en: [https://www.rch.org.au/clinicalguide/guideline\\_index/cervical\\_lymphadenopathy/](https://www.rch.org.au/clinicalguide/guideline_index/cervical_lymphadenopathy/)
3. Chang SSY, Xiong M, How CH, Lee DM. An approach to cervical lymphadenopathy in children. Singapore Med J. 2020;61(11):569-577.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Clinical overview of cat scratch disease [Internet] [consultado 28/04/2026]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/bartonella/hcp/clinical-overview/cat-scratch-disease.html>
5. Bass JW, Freitas BC, Freitas AD, Sisler CL, Chan DS, Vincent JM, et al. Prospective randomized double blind placebo-controlled evaluation of azithromycin for treatment of cat-scratch disease. Pediatr Infect Dis J. 1998;17(6):447-452.
6. European Medicines Agency. Rinvoq: EPAR - Product information. Upadacitinib [Internet]. [consultado el 28/04/2026]. Disponible en: [https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/rinvoq-epar-product-information\\_en.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/rinvoq-epar-product-information_en.pdf)
7. Paller AS, Mendes-Bastos P, Siegfried E, Eichenfel L, Soong W, Prajapati W, et al. Upadacitinib in adolescents with moderate to severe atopic dermatitis: analysis of 3 phase 3 randomized clinical trials through 76 weeks. JAMA Dermatol. 2024;160(12):1304-1313.
8. Mansilla-Polo M, Morgado-Carrasco D. Biologics versus JAK inhibitors. Part II: Risk of infections. A narrative review. Dermatol Ther (Heidelb). 2024;14(8):1983-2038.
9. Pargny V, Delugre E, Janela R, Skalli S, Zeggay A, Petat H. Disseminated bartonellosis and EBV reactivation in an adolescent treated with upadacitinib. Braz J Infect Dis. 2025;29(3):104536.

# MASA CERVICAL: UN RETO DIAGNÓSTICO

**Carlos Torrá Rodríguez**  
carlostorra99@gmail.com

