



# Adenopatía en lactante

Rosa Albañil  
GPI AEPap  
Marzo 2014

- Niña de 6 meses
- MC: Bulto cervical 3 cm, evolución días
- H<sup>a</sup>:
  - Afebril
  - No síntomas constitucionales
  - No otros síntomas
  - Vive en medio urbano
  - No contacto con animales ni picaduras
  - No viajes
  - Alimentación con productos procesados

- Exploración:
  - Tumefacción submandibular 3 cm
  - Indolora
  - No signos de inflamación ni fluctuación
  - No adherida
  - Consistencia firme
  - No lesiones en área de drenaje
  - No otras adenopatías
  - No hepatoesplenomegalia
  - Resto exp: N
- JC: Adenopatía

## Infecciosa

- Bacteriana
  - Localizada: **STC, STF, arañazo de gato, dental...**
  - Generalizada: brucela, fiebre tifoidea...
- Viral: **EB, CMV**, HS, HIV, HB, paperas, rubeola, sarampión, dengue
- **Mycobacterias**: TBC, Mycobacterias atípicas
- Hongos
- Protozoos: **Toxoplasma, Leishmania**
- Espiroquetas: lues, enf. Lyme

• **Neoplasia** : **leucemia, linfoma, metástasis**

• **Inmunológica** : **fármacos**, enf del suero, **DM, LES, ARJ**, EGC

• **Endocrina** : enf Addison, hipotiroidismo

• **Miscelánea** : enf. **Kawasaki**, Kikuchi, Castleman, Churg-Strauss, **sarcoidosis**,  
**depósito**

# Diagnóstico diferencial adenopatía cervical

Anom congénitas	otros
Quiste tirogloso	parotiditis
Quiste dermoide	nódulo tiroideo
Higroma	hematoma
Restos de hendidura branquial	trauma de los tej blandos
	lipoma

- Tto Amoxicilina -clavulánico 40 mg x Kg
- PC:
  - Hemograma:
    - 10,8 Hb,
    - 14000 leucocitos
    - 497000 plaquetas
  - Bioquímica:
    - LDH N, PCR 5
  - Serología: E. Barr, CMV, Toxoplasma.

- Evolución 10 días: 2 cm
- Evolución 3 semanas:
  - > tamaño 3x2,5
  - eritema suprayacente
  - Fluctúa
- JC:
  - Adenopatía subaguda
  - Mantiene tamaño
  - Cambios en consistencia: fluctuación

- Serología EB, CMV, Toxoplasma (-)
- Rx Tórax: N
- Mantoux: 12 mm
- JC: Adenopatía, sospecha de **Mycobacteria no tuberculosa**



- PAAF y exéresis
- Adenitis **por Mycobacteria avium complex**



# Puntos clave

- Adenopatía indolora
- Ausencia de otros síntomas
- Ausencia de signos
- Evolución subaguda
- No modificable con atb de 1ª elección
- Inicio fluctuación

Tabla 2 Diagnóstico diferencial entre adenitis por MNT y por MT (TB ganglionar)

	Adenitis por MNT	TB ganglionar
Etiología	<i>M. avium</i> <i>M. scrofulaceum</i> <i>M. kansasii</i> <i>M. lentiflavum</i> <i>M. haemophilum</i>	<i>M. tuberculosis</i>
Edad (máxima incidencia)	1-4 años	> 10 años
Localización	Submandibular Laterocervical anterior Preauricular	Cervical posterior Axilar Supraclavicular
Unilateral/bilateral	Unilateral 80-90% Bilateral 5%	Bilateral 25%
Sintomatología asociada	No	Fiebre + síntomas constitucionales
Antecedentes personales/familiares	Sin interés	Contacto con TB Cribado familiar
Evolución	1. Curso insidioso, aumento progresivo del tamaño 2. Adhiere a piel y tejidos adyacentes (consistencia dura) 3. Coloración violácea 4. Tendencia frecuente a la fistulización 5. Cicatrización antiestética 6. Involución espontánea 7. Fibrosis y calcificación	1. Aumento tamaño progresivo y tendencia a confluir 2. Signos inflamatorios locales 3. Tendencia a fistulización crónica, con recaídas frecuentes si el tratamiento médico es inadecuado
Prueba de la tuberculina positiva ( $\geq 5$ mm)	20-60% (normalmente 5-10 mm)	> 80% (normalmente > 10 mm)
IGRA	Negativo	Positivo
Rx/TC de tórax	Normal (> 90%)	Patológica (> 37-56%)
Tratamiento antituberculoso	Habitualmente no efectivo	Efectivo

Tabla 6 Recomendaciones del grupo de estudio respecto al tratamiento

	Tratamiento de elección	Tratamiento alternativo
Adenopatía única $\leq 2$ cm con/sin cambios de coloración de la piel o abscesificación	Exéresis quirúrgica	Tratamiento médico/Observación clínica estrecha <sup>a</sup>
Adenopatía única $> 2$ cm con/sin afectación cutánea o fistulización	Exéresis quirúrgica <sup>b</sup>	Tratamiento médico $\pm$ cirugía diferida <sup>c</sup>
Afectación múltiple	Tratamiento médico $\pm$ cirugía diferida <sup>c</sup>	Tratamiento médico

<sup>a</sup> Solo si no hay disponibilidad de cirugía precoz, pero en caso de aumento de tamaño progresivo se indicará la cirugía posterior.

<sup>b</sup> Siempre que el riesgo de afectación del nervio facial no sea muy alto y se realice por un grupo quirúrgico con experiencia.

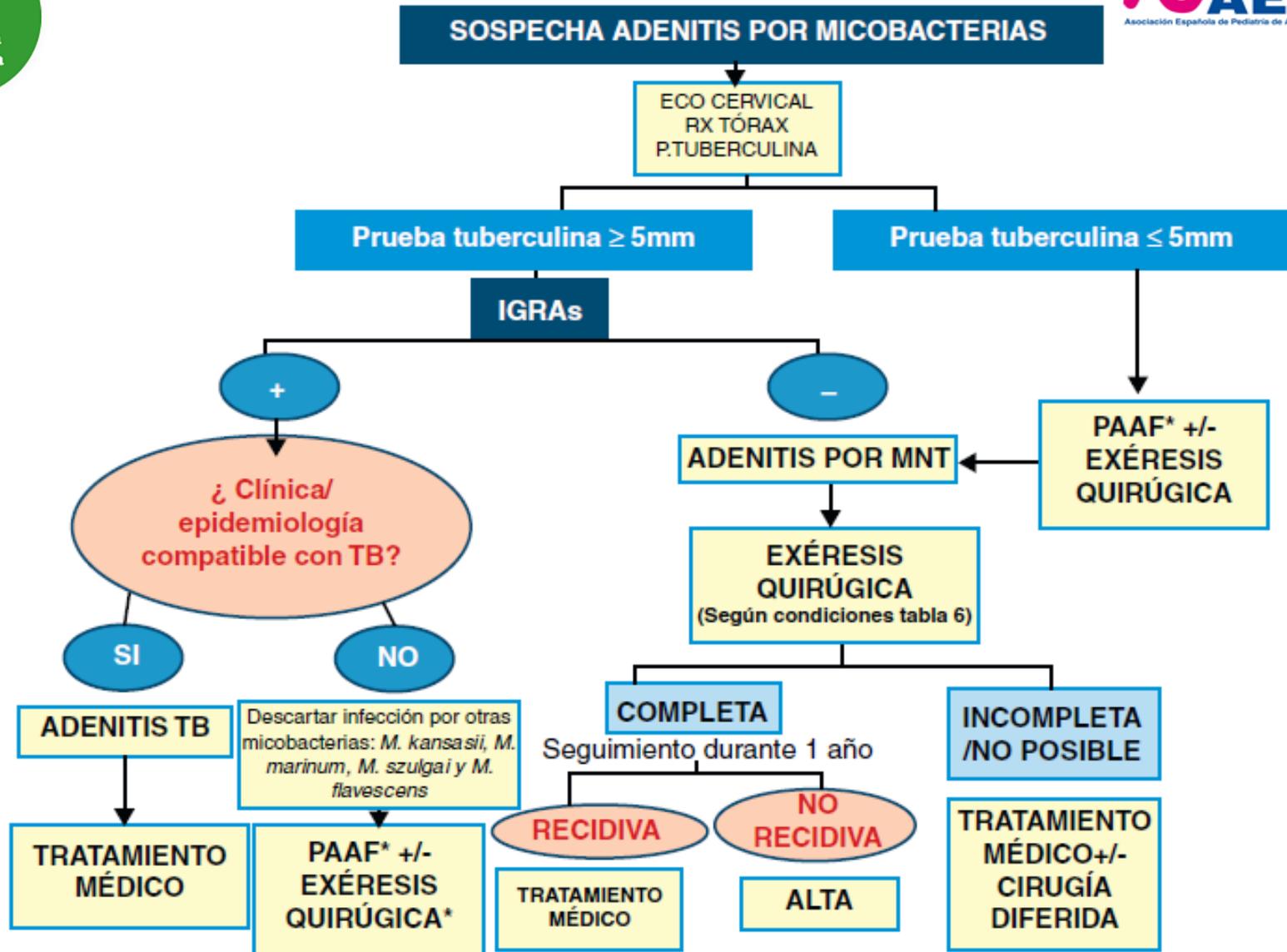
<sup>c</sup> Tras el inicio de tratamiento médico se recurrirá a cirugía si hay empeoramiento, fistulización persistente, alteración estética importante o no disminuye de tamaño tras 3 meses de tratamiento.

En los casos en que se considere indicado tratamiento médico, éste debe incluir :

- Macrólido (azitromicina o claritromicina)
- +
- Uno de: rifabutina, ciprofloxacino o etambutol

[Recomendaciones de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica sobre el diagnóstico y tratamiento de las adenitis por micobacterias no tuberculosas](#)

An Pediatr (Barc). 2012;77:208.e1-e12



[Recomendaciones de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica sobre el diagnóstico y tratamiento de las adenitis por micobacterias no tuberculosas](#)

An Pediatr (Barc). 2012;77:208.e1-e12