

Adenopatía cervical en paciente de 8 años

M. Ribes González⁽¹⁾, A. Vicente Gabás⁽¹⁾, J. Mengual Mur⁽²⁾, M. A. Vitoria Agreda⁽³⁾,
J. M. Sebastián Cortés⁽⁴⁾, M. Gracia Casanova⁽¹⁾

⁽¹⁾Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario «Lozano Blesa» de Zaragoza. ⁽²⁾Centro de Salud Oliver. Zaragoza.

⁽³⁾Departamento de Microbiología del Hospital Clínico Universitario «Lozano Blesa» de Zaragoza.

⁽⁴⁾Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Clínico Universitario «Lozano Blesa» de Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2013; 43: 24-27]

RESUMEN

La linfadenitis por micobacterias no tuberculosas (MNT) representa en la actualidad una enfermedad de creciente diagnóstico entre la población infantil. En algunas series, representa el 20% de las adenopatías cervicales coincidiendo con un descenso de la incidencia de adenopatías por *Mycobacterium tuberculosis* (MT)⁽¹⁾. Pero al no ser una enfermedad de declaración obligatoria, no hay un registro nacional que nos diga la frecuencia real de esta infección.

Se presenta un caso de linfadenitis cervical por *Mycobacterium avium*, la forma clínica más frecuente de infección por micobacterias no tuberculosas en la infancia. Se trata de una paciente de 8 años de edad que consulta por presentar una adenopatía de 5 x 6 cm en región cervical izquierda de una semana de evolución. Tras la realización de las pruebas complementarias necesarias se llegó al diagnóstico de linfadenitis cervical, hallándose, en el estudio microbiológico, micobacterias atípicas, que posteriormente fueron identificadas como *Mycobacterium avium*. El tratamiento inicial fue farmacológico, debido al tamaño de la adenopatía que impidió su extirpación quirúrgica. La evolución ha sido favorable, a pesar de la aparición de nuevas adenopatías de menor tamaño de forma bilateral y la abscesificación de la adenopatía inicial.

PALABRAS CLAVE

Adenopatía, linfadenitis, micobacterias atípicas, *Mycobacterium avium*.

Cervical lymphadenitis in a 8 years old patient

ABSTRACT

Lymphadenitis nontuberculous mycobacteria is a growing disease among children. In some series, represents about the 20% of cervical lymphadenopathy, coinciding with an important decline of the incidence of lymphadenopathy caused by Mycobacterium tuberculosis (MT)⁽¹⁾. But as it is not a notifiable disease, there isn't a national registry about the real frequency of this infection.

We present a case of cervical lymphadenitis caused by Mycobacterium avium, the most common clinical form of nontuberculous mycobacterial infection during childhood. It's an 8 years old patient who had consulted a week earlier for the presence of a 5 x 6 cm adenopathy in left cervical region. After the studies needed, we concluded it was a cervical lymphadenitis due to an atypical mycobacteria, which was later identified as Mycobacterium avium. Initial treatment was pharmacological, due to the size of the lymph node that prevented its surgical removal. The evolution has been favorable, despite the emergence of new smaller bilateral adenopathy and the abscess of the initial adenopathy.

KEY WORDS

Adenopathy, lymphadenitis, atypical mycobacteria, Mycobacterium avium.

Correspondencia: María Ribes González

Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario «Lozano Blesa»

Avda. San Juan Bosco, 15. 50009 Zaragoza

e-mail: mribes@salud.aragon.es

Recibido: enero de 2013. Aceptado: enero de 2013

INTRODUCCIÓN

Micobacterium avium es la más frecuente de las micobacterias atípicas, bacilos aerobios, ácido-alcohol resistentes y ubicuos en el ambiente. La entrada al cuerpo humano suele producirse por inhalación, ingesta de material o alimentos contaminados o por inoculación directa. No es frecuente el contagio entre personas. Clínicamente puede dar cuadros muy diversos, desde la linfadenitis, la forma clínica más frecuente en la edad pediátrica, hasta cuadros diseminados con elevada mortalidad en pacientes inmunodeprimidos⁽²⁾. En el 95% de los casos la linfadenitis es unilateral (solo en el 5% de los casos se demuestra una afectación bilateral), y más frecuentemente afecta a los ganglios laterocervicales anteriores y submaxilares. Es característica la ausencia de dolor; fiebre, así como otros síntomas constitucionales. En cuanto a su evolución suele ser subaguda o crónica con tendencia a la fluctuación, fistulización y posterior cicatrización de la lesión. El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica siempre que sea posible, aunque en ocasiones requiere tratamiento médico previo e incluso posteriormente a la misma⁽³⁾.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 8 años de edad, hija de padres inmigrantes procedentes de Europa del Este, donde no ha viajado en los últimos años. La paciente es derivada por su pediatra de Atención Primaria al hospital por presentar una adenopatía laterocervical izquierda de gran tamaño que no ha mejorado a pesar de haber recibido tratamiento antibiótico y antiinflamatorio durante una semana. A la exploración se evidencia una adenopatía laterocervical izquierda de 5 x 6 cm, móvil, no adherida a planos profundos, no dolorosa y sin afectación de piel suprayacente (figura I). Además se aprecia otra adenopatía en la zona posterior a la descrita de unos 2 x 1 cm, de características similares, pero de consistencia más blanda. En la ecografía solicitada se describen dos imágenes heterogéneas, bien delimitadas, de unos 20 mm aproximadamente, compatibles con absceso.

El Mantoux mostró un eritema de 15 mm con una pápula de 7 mm. La radiografía de tórax no evidenció alteraciones significativas; así como tampoco la analítica de sangre obtenida, incluyendo el estudio de inmunidad de la paciente, que fue normal. Ante la sospecha de adenitis tuberculosa, se inició la pauta de tratamiento convencional con tuberculostáticos. Se realizó una punción-aspiración con aguja fina (PAAF) de la lesión, en cuyo material se evidenciaron varios bacilos ácido-alcohol resistente (BAAR) en visión directa. La reacción en cade-



Figura I. Adenopatía laterocervical izquierda al diagnóstico.

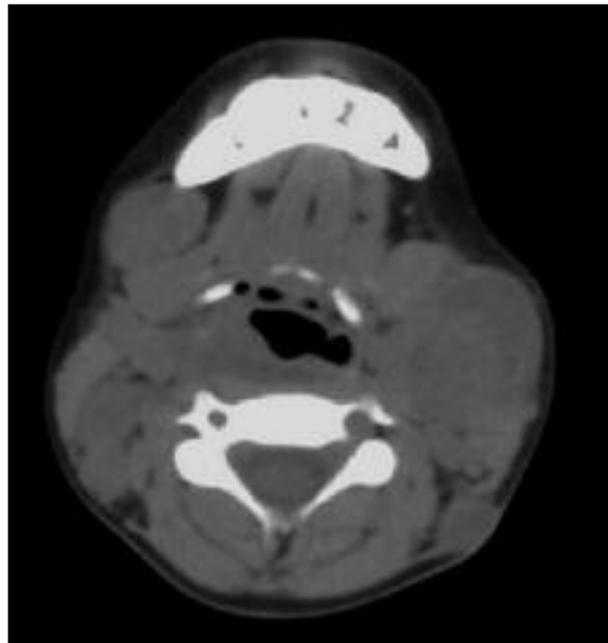


Figura II. TAC cervical de la paciente. Se muestra adenopatía laterocervical izquierda de gran tamaño, además de otras lesiones adenopáticas.

na de la polimerasa (PCR) para *Micobacterium tuberculosis* fue negativa. Tras el cultivo se confirmó una PCR positiva para *Micobacterium avium*, suspendiendo el tratamiento tuberculostático e iniciando tratamiento con Claritromicina a 15 mg/kg/día y Etambutol a 20 mg/kg/día. Se consultó con el Servicio de Otorrinolaringología para valorar la extirpación y se solicitó una Tomografía Axial Computerizada (TAC) cervical previa (figura II).

Durante este transcurso el tamaño de la lesión fue en aumento, apareciendo además signos inflamatorios perilesionales. La piel suprayacente se tornó violácea, caliente y aparecieron puntos de abscesificación (figura III); además



Figura III. Evolución a los 10 días tras el diagnóstico.

de manifestar la paciente molestias por compresión en la región, precisando escisión de la adenopatía abscesificada, extrayendo abundante material caseoso, en el que de nuevo se aisló *Micobacterium avium* y se descartó la presencia de otros microorganismos. Informe del TAC: masa cervical izquierda de unos 4 cm de diámetro, de aspecto necrótico, así como otras lesiones de menor tamaño compatibles con adenopatías, tanto de la cadena ganglionar ipsi como contralateral, por lo que se contraindica el tratamiento quirúrgico. A los 5 meses de iniciar el tratamiento médico, la evolución es favorable, aunque persisten adenopatías no supurativas de pequeño tamaño (figura IV). Se realiza nuevo control de TAC en el que se aprecia el crecimiento de dos masas que se extienden a región postero-cervical (figura V), por lo que la paciente es derivada al Servicio de Otorrinolaringología de referencia por si procede drenaje y/o escisión lesional, quienes por el momento lo descartan, conservando una actitud expectante y continuando con tratamiento médico con claritromicina, rifabutin y etambutol.



Figura IV. Control clínico tras 5 meses de tratamiento médico.

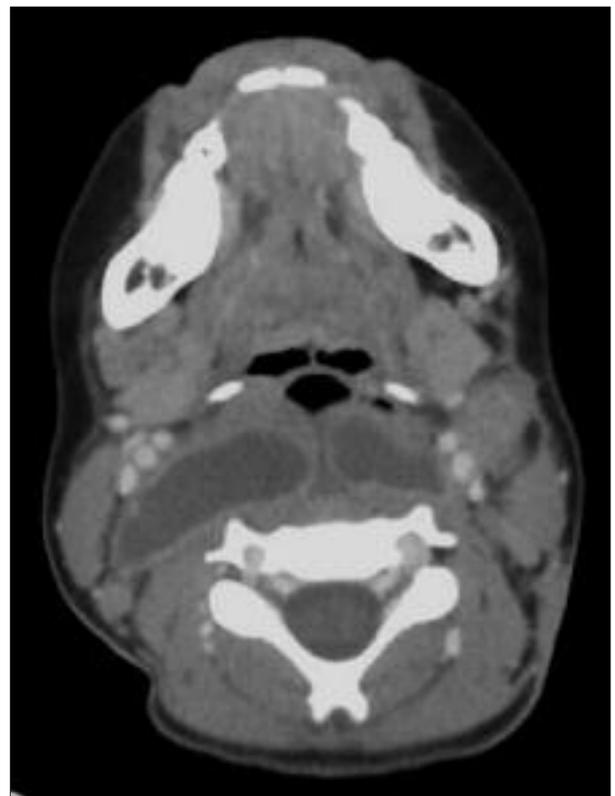


Figura V. Imagen del TAC donde se aprecian zonas de abscesificación.

DISCUSIÓN

Ante un niño que consulta por adenopatías de curso subagudo, que no mejoran a pesar del tratamiento habitual, la linfadenitis por micobacterias atípicas debe ser uno de los diagnósticos diferenciales a tener en cuenta. En un 5% de los casos la afectación es bilateral (como se muestra en nuestro caso). El diagnóstico se establece mediante la identificación de las micobacterias mediante visión directa, cultivo y confirmación por PCR⁽⁴⁾. Desde el punto de vista histológico, se encuentran granulomas de células epitelioides, caseificación e incluso pueden apreciarse zonas necróticas. El papel de la PAAF es importante en la evaluación en estas adenopatías tanto desde el punto de vista anatomopatológico como microbiológico, aunque en pocas ocasiones se aíslan las micobacterias responsables de la infección dependiendo de la experiencia de cada centro. Destacar que en nuestro caso, la PAAF

fue diagnóstica, encontrando en el material varias micobacterias atípicas.

La evolución suele ser tórpida, con tendencia a la fistulización de la lesión y las cicatrices antiestéticas como en nuestra paciente.

Es llamativo el volumen y la localización de las adenopatías tratándose de una paciente inmunocompetente y sin patología de base.

El tratamiento de elección, siempre que sea posible, incluirá la extirpación quirúrgica, alcanzando así tasas de curación de hasta el 95%. En los casos en los que no sea posible, por el tamaño, número o características de la lesión, deberá iniciarse tratamiento médico, dejando la exéresis *a posteriori* si precisa. El tratamiento farmacológico incluye un macrólido⁽⁵⁾ (claritromicina de elección o azitromicina) acompañado de etambutol, rifabutina o ciprofloxacino durante un mínimo de 4-6 meses, aunque no se conoce la duración óptima del tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Estripeaut D, Sáez-Llorens X. Tuberculosis. Capítulo 10: Enfermedades Infecciosas en Pediatría. 1.ª edición. Madrid: McGraw-Hill. 2009; 109-116.
2. Núñez E, Baquero F y Grupo de trabajo sobre infección por micobacterias no tuberculosas de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). 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.e1-208.e12.
3. Mellado MJ, Méndez A, García M. Tuberculosis y otras micobacterias. Capítulo 35: Guía de Tratamiento de las Enfermedades Infecciosas en Urgencias Pediátricas. 3.ª edición. Madrid: Editorial Drug Farma; 2010; 605-614.
4. Méndez A, Baquero F, García MJ, et al. Adenitis por micobacterias no tuberculosas. *An Pediatr (Barc)*. 2007; 66: 254-259.
5. Valdés F, Cid A. Micobacterias atípicas. *Actas Dermosifiliogr* 2004; 95: 331-357.