



Caso clínico. Enfermedades infecciosas

Adenitis aguda unilateral

Inés Teresa Bolsa Ferrer^a, María Vázquez Sánchez^a, Laura Buzón Serrano^a,
Patricia Morte Coscolín^a, Ana Sancho Mensat^a, Mónica López Campos^b

^aPediatra. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España • ^bPediatra. CS Actur Norte. Zaragoza. España.

Publicado en Internet:
31-marzo-2023

Inés Teresa Bolsa Ferrera:
inestbf95@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Las adenitis cervicales son un motivo de consulta frecuente en las consultas de pediatría de Atención Primaria. Clásicamente se pueden distinguir las adenitis agudas bilaterales, la adenitis aguda unilateral y la subaguda o crónica. En el caso de las adenitis agudas bilaterales, la causa más frecuente es que sean reactivas a infecciones. Las adenopatías agudas unilaterales suelen ser por infecciones bacterianas y las subagudas o crónicas pueden ser por causas infecciosas, tumorales o por otros motivos.

RESUMEN

Se presenta el caso de una niña de 7 años que acude a la consulta por fiebre de 24 horas de evolución, odinofagia, tortícolis izquierda y bultoma en región laterocervical izquierda. A la exploración destaca regular estado general y una adenopatía laterocervical izquierda grande sin otras alteraciones. Se realiza Streptotest con resultado negativo y es derivada a Urgencias.

En Urgencias se objetiva leucocitosis con neutrofilia sin otros hallazgos analíticos y se realiza una ecografía cervical con hallazgos de adenopatías inflamatorias en cadena yuglocarotídea, finalmente se decide ingreso en planta.

Durante su hospitalización recibe tratamiento con cefotaxima IV persistiendo picos febriles los tres primeros días y presentando después mejoría clínica y reducción de la adenopatía y la tortícolis, pudiendo darse de alta a casa con tratamiento con amoxicilina-clavulánico.

A los 2 días del alta, reconsulta en Centro de Salud por dolores articulares sin inflamación articular ni limitaciones de los movimientos.

En reanamnesis y revisión del caso se descubre que, 11 días antes del cuadro de adenitis cervical, la paciente había acudido a urgencias por fiebre, odinofagia y vómitos. En la exploración en ese momento destacaba hiperemia amigdalara sin exudados, por lo que con puntuación de 2 en escala de Centor no se realizó Streptotest y se inició tratamiento sintomático.

Con estos nuevos datos se solicita analítica sanguínea en la consulta, objetivándose ASLO elevado con factor reumatoide y autoinmunidad negativos. Se revisan criterios de fiebre reumática descartándose. Se sospecha adenitis aguda estreptocócica. La clínica articular persiste 6 semanas pudiendo retirarse ibuprofeno.

CONCLUSIONES

- Los cuadros que inicialmente parecen sencillos pueden complicarse.
- Existen diferencias según la escala clínica que se utilice como cribado para la realización de Streptotest, por lo que además de las escalas clínicas es necesario individualizar en cada caso.
- La fiebre reumática y la artritis reactiva posestreptocócica son complicaciones de la infección por *Streptococo* grupo A poco frecuentes en nuestro medio, pero debemos conocerlas ya que pueden producir complicaciones importantes a largo plazo.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

Cómo citar este artículo: Bolsa Ferrer IT, Vázquez Sánchez M, Buzón Serrano L, Morte Coscolín P, Sancho Mensat A, López Campos M. Adenitis aguda unilateral. Rev Pediatr Aten Primaria Supl. 2023;(32):e101.