Caso clínico. Enfermedades infecciosas

Otras causas de adenitis benignas

Aida M.ª García Cuesta[a], María González Bolívar[a], Laura Pastoriza Gómez[a], Francisco Javier Garrido Torrecillas[b]

[a]MIR-Pediatría. Hospital Clínico San Cecilio. Granada. España • [b]Pediatra. CS Churriana de la Vega. Granada. España.

Publicado en Internet:
31-marzo-2023

Aida M.ª García Cuesta:
aidagarciacuesta@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La adenitis es una inflamación ganglionar de etiología múltiple y generalmente benigna y autolimitada, siendo un motivo de consulta frecuente en Atención Primaria. La localización y características clínicas puede orientarnos a la causa, siendo alarmantes localizaciones en zona supraclaviular, iliaca o poplítea. La causa más frecuente es infecciosa, ocasionado por gérmenes causantes de patología respiratoria o infecciones virales.

Una evolución larvada e insidiosa o localizaciones poco habituales obligan a un estudio ampliado con realización de pruebas de imagen, microbiológicas e histológicas para descartar enfermedades sistémicas, oncológicas o etiologías infrecuentes.

RESUMEN DEL CASO

Preescolar de 4 años consulta por adenopatía laterocervical derecha de 10 días de evolución y fiebre de hasta 38 °C. A la exploración presenta conglomerado adenopático con adenopatía de hasta 4 cm dolorosa. Test rápido de *Pyogenes* positivo, iniciando antibioterapia oral con amoxicilina-clavulánico. Tras 3 días, presenta empeoramiento de la clínica local: tumefacción y dolor a la movilización del cuello, afebril, por lo que se deriva para ingreso y estudio hospitalario.

Durante el ingreso no se constata elevación de reactantes de fase aguda ni agente microbiológico responsable (cultivos, prueba de Mantoux y serologías negativos), ecográficamente se define como adenopatía hiperecogénica bien delimitada, sin signos inflamatorios locales. Recibe antibioterapia empírica prolongada y corticoterapia sin clara mejoría, por lo que se deriva a Cirugía para extirpación, identificándose *Mycobacterium avium* en la microbiología de la pieza quirúrgica.

Tras la intervención se encuentra asintomática, iniciando una semana después clínica local, ante lo cual se pauta tratamiento dirigido (rifampicina, claritromicina y etambutol) durante 3 meses, sin haber presentado recidiva hasta el momento actual.

CONCLUSIONES

El 10-20% de las adenitis cervicales unilaterales subagudas en niños de 2-4 años están producidas por *Mycobacterium* no tuberculosis. El porcentaje de positivos a la prueba de la tuberculina es variable (20-65%), siendo el cultivo microbiológico del ganglio extirpado el determinante del diagnóstico definitivo.

No existe consenso sobre el tratamiento. La exéresis quirúrgica precoz configura el tratamiento de elección, sin estar exento del riesgo, la recurrencia con fistulización o extensión local es elevada (hasta el 17%).

En nuestro caso, tras la evolución tórpida con antibioterapia oral y realización de pruebas de primer nivel, el test rápido a *S. pyogenes* pudo confundir y orientar el tratamiento a un foco infeccioso bacteriano típico. La necesidad de pruebas diagnósticas ante la persistencia de la clínica obligaron a la exéresis de la adenopatía y a su estudio microbiológico, arrojando la etiología.

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: García Cuesta AM, González Bolívar M, Pastoriza Gómez L, Garrido Torrecillas FJ. Otras causas de adenitis benignas. Rev Pediatr Aten Primaria Supl. 2023;(32):e121.