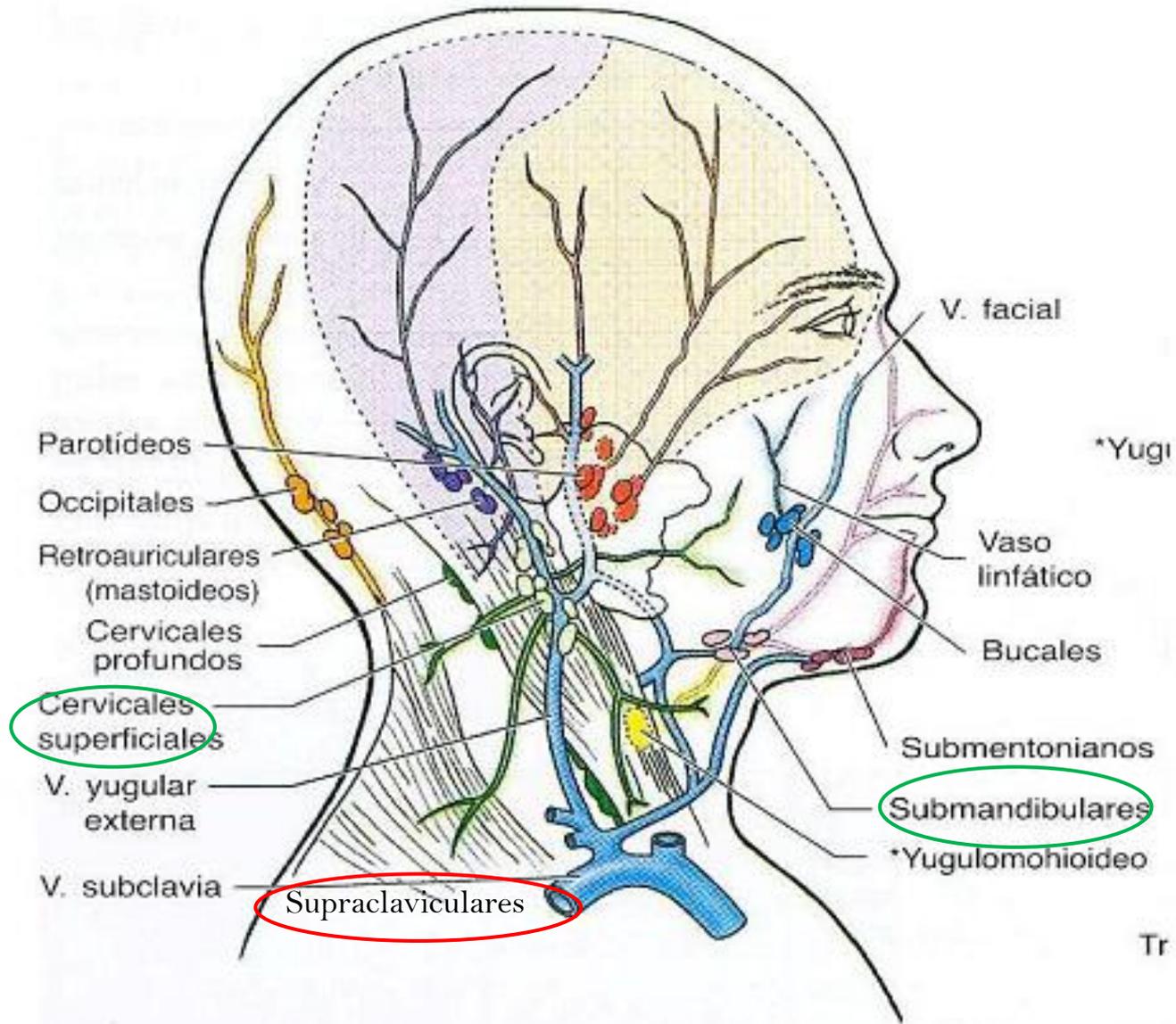


# ADENITIS CERVICAL.

Hospital Francesc de Borja.  
Abril 2015.

## 2) Introducción.

- Las adenopatías son frecuentes en niños sanos.
- Causadas por gran variedad de enfermedades y medicamentos.
- Su aparición genera con frecuencia miedo por la posibilidad de un proceso maligno, lo que ocurre en un % muy pequeño.
- Lo más importante en el dx es una buena historia y exploración física.
- La mayoría se resuelven espontáneamente o con tratamiento antimicrobiano.



Verde = + frecuentes.

Rojo = + peligroso.

### 3) Definiciones.

- **Adenopatía:** alteraciones del tamaño y/o la consistencia de los ganglios linfáticos. Ganglios cervicales  $> 1$  cm (0,5 cm neonatos). También pétreos o de superficie irregular, con ulceración cutánea o fijación a planos profundos.
- **Adenitis:** + signos inflamatorios locales.
- Las adenopatías pueden ser *generalizadas*, cuando afectan a 2 o más territorios o *localizadas*.

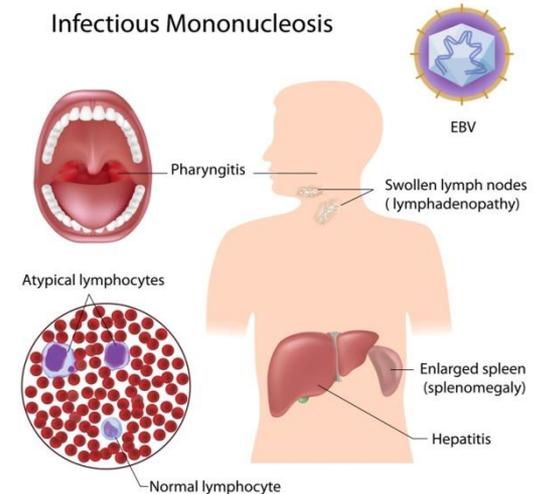


# 5) Etiología y clasificación.

Situaciones	Frecuentes	Menos frecuentes o raros
Adenitis bilateral aguda, ganglios de pequeño tamaño, sin signos inflamatorios	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rinovirus</li> <li>▪ Adenovirus</li> <li>▪ Coxackie</li> <li>▪ Parainfluenza</li> <li>▪ VEB</li> <li>▪ CMV</li> <li>▪ <i>Mycoplasma pneumoniae</i></li> <li>▪ Estreptococo grupo A</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Parvovirus B19</li> <li>▪ <i>Toxoplasma gondii</i></li> <li>▪ VIH</li> </ul>
Adenitis unilateral aguda, adenopatía mayor de 3 cm de diámetro, con signos inflamatorios	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ VEB</li> <li>▪ Estreptococo del grupo A</li> <li>▪ <i>Staphylococcus aureus</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anaerobios</li> <li>▪ Actinomices</li> <li>▪ <i>Bartonella henselae</i></li> <li>▪ Estreptococo grupo B<sup>i</sup></li> </ul>
Adenitis bilateral subaguda o crónica (más de 15 días)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ VEB</li> <li>▪ CMV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Mycobacterium tuberculosis</i></li> <li>▪ VIH</li> <li>▪ <i>Toxoplasma</i> sp.</li> </ul>
Adenitis unilateral subaguda o crónica (más de 15 días), con signos inflamatorios	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Micobacterias atípicas<sup>r</sup></li> <li>▪ Estreptococo del grupo A</li> <li>▪ <i>Staphylococcus aureus</i></li> <li>▪ <i>Toxoplasma gondii</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Mycobacterium tuberculosis</i><sup>r</sup></li> <li>▪ <i>Bartonella henselae</i></li> <li>▪ VEB</li> <li>▪ CMV</li> </ul>

## 6) Clínica.

- A) Adenitis aguda bilateral.
- Más frecuente.
- Adenopatías suelen ser pequeñas y sin signos inflamatorios, no supuran. Curso autolimitado, aunque en algunos casos pueden persistir durante semanas.
- ❖ **VEB/CMV:** adenopatías 0,5-2,5 cm y se afectan con más frecuencia los ganglios cervicales posteriores.



- ❖ Fiebre faringoconjuntival por **Adenovirus** . Adenopatías cervicales > preauriculares y muchos casos presentan hepatoesplenomegalia (HEM).

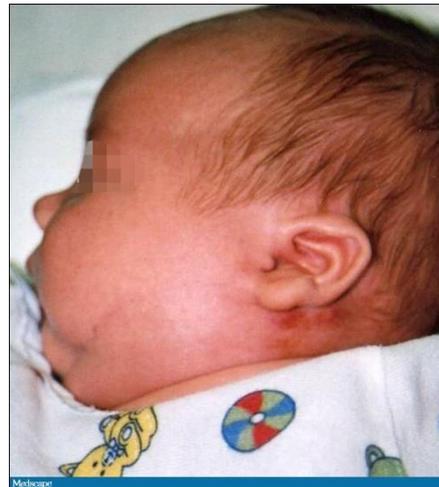


- ❖ La gingivostomatitis por **VHS** cursa con adenopatías laterocervicales y submandibulares dolorosas.

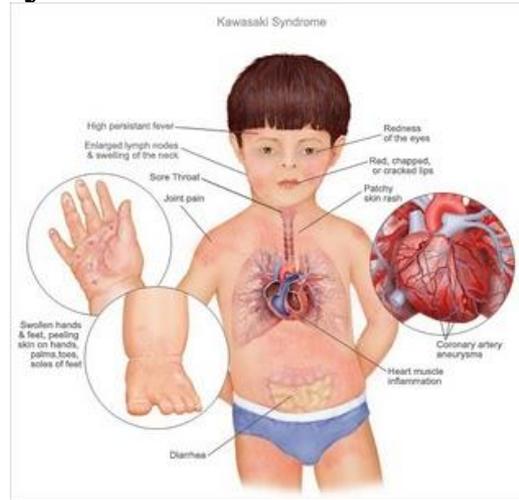


- B) Adenitis aguda unilateral.

- Adenopatías > a 2-3 cm y curso agudo, dolorosas a la palpación, duras, con signos inflamatorios locales.
- > 80% por *S. aureus* y *S. pyogenes*. La complicación + frec es abscesificación.
- Anaerobios en niños mayores con patología dentaria.
- En lactantes < 3 m considerar síndrome celulitis-adenitis por ***Streptococcus agalactiae***, que cursa con fiebre, afectación del estado general e inflamación cervical con celulitis de la piel suprayacente.



- **Enfermedad de Kawasaki** (infrecuente): fiebre, adenopatía cervical unilateral y diversas manifestaciones.



- **Tularemia:** adenopatías, síntomas sistémicos y lesiones cutáneas ulceradas en la zona de drenaje del ganglio afectado.



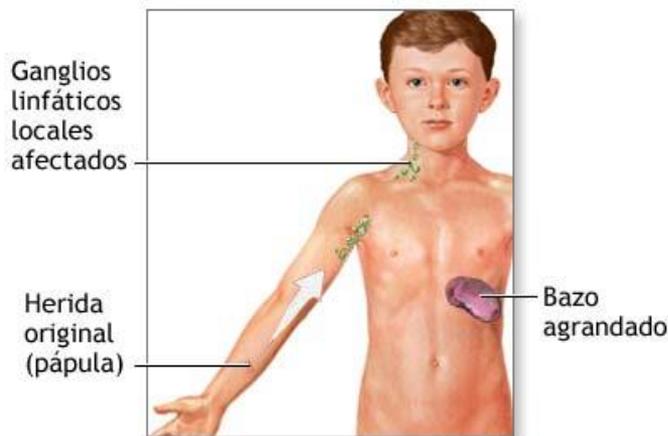
- C) Adenitis subaguda/ crónica.

- Las adenitis por **micobacterias no tuberculosas**, sobre todo *Mycobacterium avium complex*, aparecen < 5 a. Cursa con masa única, indolora, en la región submandibular, cervical anterior o preauricular. Adenopatías voluminosas, consistencia leñosa, que en semanas se adhieren a la piel, volviéndose ésta de color rojizo o violáceo.
- **Adenitis tuberculosa** suele afectar a niños mayores y presentar síntomas constitucionales. Adenitis a veces bilateral y puede afectar a cadenas cervicales posteriores, axilares y supraclaviculares.

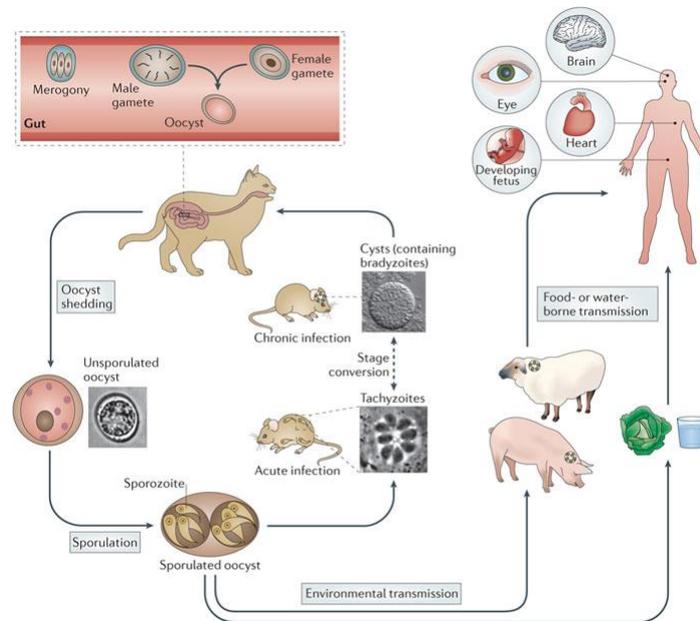


Figura 1. Linfadenopatía en región cervical derecha.

- **Enfermedad por arañazo de gato** : pápula en lugar inoculación y adenopatía regional firme, discretamente dolorosa, y con cierto eritema y calor de la piel circundante. Adenopatías en región axilar, epitroclear, cervical, supraclavicular o submandibular. Síntomas sistémicos leves y en < 50%. En casos de inoculación conjuntival puede **síndrome oculoglandular de Parinaud**, con granulomas o úlceras conjuntivales y adenopatías preauriculares o submandibulares.



- Primoinfección por *Toxoplasma gondii* normalmente asintomática, 10% adenitis cervicales.



Nature Reviews | Microbiology

- **Enfermedad de Kikuchi:** fiebre, malestar, leucopenia y adenitis cervical posterior unilateral, aunque también puede ser múltiple. Ganglios 0,5 - 6 cm.

- **Enfermedad de Rosai-Dorfman:** adenopatías cervicales masivas, simétricas y no dolorosas, acompañadas de fiebre, leucocitosis, aumento VSG y de la IgG.



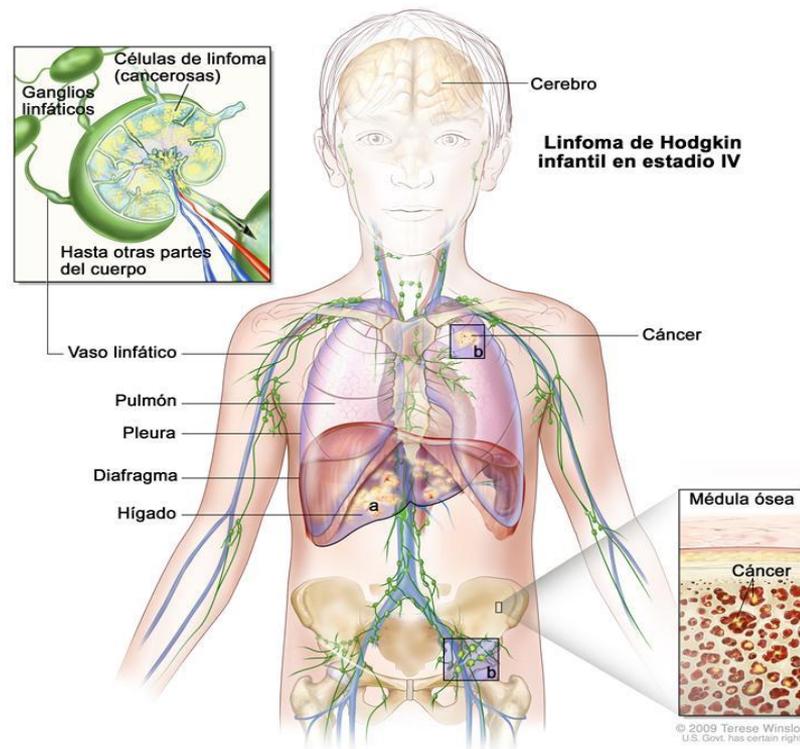
- **Enfermedad de Castleman:** enfermedad linfoproliferativa infrecuente que cursa con adenopatías masivas y síntomas sistémicos.



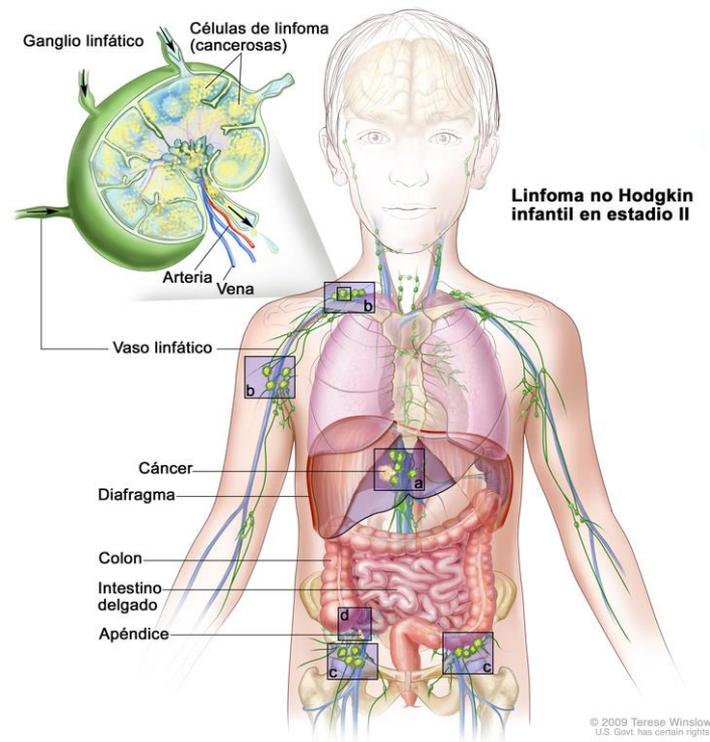
- **Enfermedad granulomatosa crónica:** grupo heterogéneo de trastornos caracterizados por defectos genéticos de los fagocitos que dan lugar a infecciones bacterianas graves y recurrentes.
- **VIH:** 2ª semana infección aguda se desarrollan adenopatías no dolorosas de localización axilar, cervical y occipital, que posteriormente disminuyen de tamaño, aunque tienden a persistir.

- **Neoplasias malignas:** causas + frec adenopatías tumorales son leucemias, enfermedad de Hodgkin, otros linfomas y tumores sólidos que pueden producir lesiones metastásicas, como Neuroblastoma, Rabdomiosarcoma o carcinoma nasofaríngeo.
- En 50% niños con *leucemia linfoblástica aguda* se palpan adenopatías en el momento dx, que pueden ser localizadas (>cervicales) o generalizadas, habitualmente asociadas a síntomas sistémicos.

- **La enfermedad de Hodgkin:** mayoría debutan con adenopatías cervicales unilaterales o supraclaviculares, que evolucionan en el curso de semanas o meses, sin otra sintomatología. Suelen ser no dolorosas, de consistencia parecida a la goma de borrar, no adheridas a estructuras adyacentes, y pueden alcanzar un tamaño considerable. Síntomas sistémicos en 1/3.



- ***Linfoma no Hodgkin*** debutan frecuentemente con adenopatías cervicales (que suelen tener localización posterior), supraclaviculares o axilares, sin afectar a la piel que las recubre. Su tamaño puede aumentar de forma relativamente rápida en pocas semanas. Sólo el 10% tienen síntomas constitucionales.



# 7) Aproximación diagnóstica.

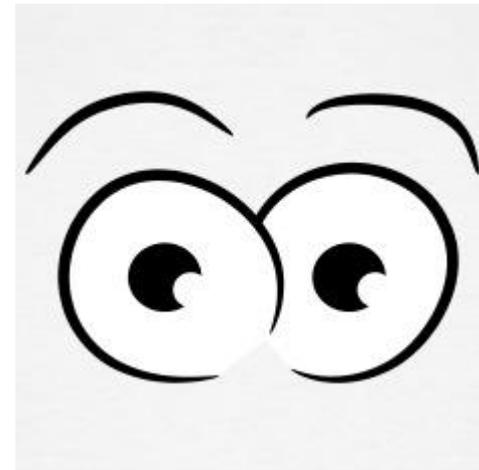
- 7.1) Anamnesis:

- Edad.
- Forma de comienzo, tiempo de evolución y velocidad de crecimiento.
- Infecciones recientes.
- Contacto con enfermos de TBC, infecciones respiratorias, VEB.
- Vacunación.
- Tratamiento farmacológico habitual.
- Contacto con animales.
- Viajes recientes.
- Ingesta de leche no pasteurizada o carne poco cocinada.
- Sintomatología asociada.
- Tratamiento antibiótico previo.
- Episodios previos similares.

## • 7.2) Exploración física:

- Adenopatía: tamaño (medir con regla), consistencia, movilidad, dolor a la palpación, fístulas cutáneas y signos inflamatorios locales.
- Examinar el resto de cadenas ganglionares.
- Alteraciones cutáneas.
- Visceromegalias.
- Exploración de articulaciones.
- Presencia de conjuntivitis, palpación tiroidea, área otorrinolaringológica y dentaria.
- Datos sugestivos de malignidad.

## • 7.3) Signos de alarma:



- Masas duras, adheridas a planos profundos, de diámetro  $> 3$  cm y/o curso rápidamente progresivo, especialmente si supraclaviculares.
- Adenopatías generalizadas o confluentes sin etiología clara.
- Clínica constitucional (pérdida de peso, fiebre  $> 1$  semana, sudoración nocturna, artromialgias), tos, disnea, disfagia, HEM dura, palidez, púrpura, ictericia y síndrome hemorrágico.
- Citopenias en hemograma, aumento de LDH o de ác. Úrico.
- Alteraciones en Rx tórax.

## 8) Dx diferencial.

- Quiste sebáceo/pilomatrixoma
- Alteraciones congénitas: quiste tirogloso, quistes branquiales, higroma quístico
- Hemangioma, linfangioma
- Parotiditis y tumores de parótida
- Fibroma, neurofibroma
- Lipoma
- Costilla cervical
- Nódulo tiroideo anormal, bocio
- Tumor del corpúsculo carotídeo
- Tortícolis muscular congénito
- Neuroblastoma
- Rabdomiosarcoma

## 9) Pruebas complementarias.

Estudios complementarios	
Situaciones	Estudios
Adenitis bilateral, ganglios de pequeño tamaño sin signos inflamatorios	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No precisa</li> </ul>
Adenitis unilateral aguda mayor de 3 cm	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No precisa.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Afebril y buen estado general</li> <li>▪ Neonato</li> <li>▪ Niño con fiebre elevada</li> <li>▪ Signos inflamatorios importantes</li> <li>▪ Afectación del estado general</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="#">Hemocultivo</a>, PrCR, hemograma</li> <li>▪ Ecografía cervical.</li> </ul>
Adenitis unilateral subaguda con signos inflamatorios sin mejoría tras tratamiento antibiótico empírico	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <a href="#">Hemocultivo</a>, PrCR, hemograma</li> <li>▪ Prueba de la tuberculina (PT) <sup>1</sup></li> <li>▪ Punción aspiración con aguja fina, con tinción de Ziehl-Neelsen y cultivo de bacterias y micobacterias</li> <li>▪ Serología VEB, CMV y <i>B. henselae</i></li> <li>▪ Rx tórax</li> <li>▪ IGRA <sup>1</sup></li> </ul>

# PAAF

## De forma precoz

---

- Tamaño mayor de 3 cm (1 cm en neonatos).
- Consistencia dura o parecida a la goma.
- Adhesión a piel o planos profundos.
- Localización supraclavicular o cervical inferior.
- Radiografía de tórax anormal (adenopatías hiliares o mediastínicas).
- Citopenias no explicadas por causas infecciosas.
- Presencia de signos o síntomas sistémicos:
  - Fiebre persistente más de una semana.
  - Pérdida de peso >10%.
  - Sudoración nocturna.
  - Artralgias.
  - Hepato-esplenomegalia.

## De forma diferida

---

- Aumenta de tamaño después de 2 semanas.
  - No disminuye de tamaño después de 4-6 semanas.
  - No vuelve al tamaño basal después de 8-12 semanas.
  - No disminuye de tamaño a pesar del tratamiento antibiótico.
- 

También si fiebre de >7 días y serologías negativas.

# 10) Manejo.

## **Ingreso hospitalario si:**

- Mala respuesta al tratamiento empírico oral.
- Lactantes < 3 meses o lactante con fiebre elevada.
- Intolerancia a líquidos o medicación oral.
- Afectación del estado general.
- y/o malas condiciones sociofamiliares.

Tratamiento específico	
Etiología	Actitud terapéutica
Virus	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No precisa</li> </ul>
Bacterias	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ajustar tratamiento antibiótico según cultivo y antibiograma</li> </ul>
Micobacterias atípicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exéresis completa (de elección)<sup>1</sup></li> <li>▪ En adenopatías de pequeño tamaño o rechazo de los padres a la cirugía se puede plantear observación sin tratamiento quirúrgico<sup>1</sup></li> <li>▪ Tratamiento médico indicado si: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alto riesgo de lesión del facial</li> <li>- Extirpación incompleta del ganglio afectado</li> <li>- Adenitis extensas con afectación bilateral</li> <li>- Casos muy evolucionados con múltiples fistulizaciones</li> <li>- Recidiva tras la cirugía</li> </ul> </li> <li>▪ Tratamiento médico (dos antibióticos) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Azitromicina (o claritromicina) + rifabutina (o ciprofloxacino o etambutol)</li> <li>- Ajustar según antibiograma cuando se tenga el cultivo</li> </ul> </li> </ul>

# Antibióticos.

## Tratamiento antimicrobiano empírico

Situaciones	Tratamiento ambulatorio	Niños ingresados
Adenitis bilateral, ganglios de pequeño tamaño sin signos inflamatorios	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ No precisa</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ No precisa</li></ul>
Adenitis unilateral aguda, adenopatía mayor de 3 cm de diámetro, con signos inflamatorios <sup>10</sup>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Valorar si precisa drenaje quirúrgico</li><li>▪ Tratamiento de elección: cefadroxilo, VO</li><li>▪ Si enfermedad dental o periodontal: amoxicilina-clavulánico, VO</li><li>▪ Tratamiento alternativo: clindamicina, VO</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Valorar si precisa drenaje quirúrgico</li><li>▪ Tratamiento de elección: cefazolina (o cloxacilina, o clindamicina), IV</li><li>▪ Si enfermedad dental o periodontal: amoxicilina-clavulánico, IV</li></ul>

+Cefadroxilo (*Duracef\**): más económico que Augmentine y mejor posología con mayor cumplimiento.

## Tratamiento antimicrobiano empírico; dosis y duración

Dosis	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Amoxicilina/clavulánico:<ul style="list-style-type: none"><li>- VO: 40 mg/kg/día (de amoxicilina), en 3 dosis</li><li>- IV: 100 mg/kg/día (de amoxicilina), en 3-4 dosis</li></ul></li><li>▪ Azitromicina, VO: 10 mg/kg/día, en 1 dosis</li><li>▪ Cefadroxilo, VO: 30 mg/kg/día, en 2 dosis</li><li>▪ Cefazolina, IV: 50-100 mg/kg/día, en 3 dosis</li><li>▪ Claritromicina, VO: 15 mg/kg/día en 2 dosis</li><li>▪ Clindamicina:<ul style="list-style-type: none"><li>- VO: 30 mg/kg/día en 3-4 dosis</li><li>- IV: 40 mg/kg/día en 3-4 dosis</li></ul></li><li>▪ Cloxacilina, VO, IV: 50-100 mg/kg/día en 4 dosis</li><li>▪ Ciprofloxacino, VO: 20-30 mg/kg/día en 2 dosis (máximo 750 mg/dosis)</li><li>▪ Etambutol, VO: 15-25 mg/kg/día en 1 dosis (máximo 2,5 g/dosis)</li><li>▪ Rifabutina, VO: 5 mg/kg/día en 1 dosis</li></ul>
Duración	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Linfadenitis cervical (tratamiento oral, IV) . 10 días</li><li>▪ Linfadenitis cervical por micobacterias: sin escisión, tratamiento antimicrobiano de 3 a 6 meses</li></ul>

# Otros tratamientos.

- **Enfermedad por arañazo de gato:** suele curar espontáneamente en 1- 3 m. Valorar azitromicina 10 mg/kg/24 h v.o. 5 días si clínica sistémica. Si supuración, punción aspirativa puede disminuir el dolor.
- **Adenitis tuberculosa:** Isoniazida, Rifampicina, Etambutol (si no se conoce sensibilidad cepa), Pirazinamida 2 m seguido de Isoniazida y Rifampicina 4 m. Excepcional necesidad de qx. Pueden persistir adenopatías residuales durante meses o años.

# Algoritmo.



# 11) Conclusiones.

- El aumento de los ganglios linfáticos es frecuente en la infancia.
- Las causas más habituales son las infecciones víricas y bacterianas.
- La anamnesis y exploración física detalladas permiten llegar a un diagnóstico correcto en la mayoría de las ocasiones.
- Es importante conocer las novedades tanto en pruebas complementarias como en el tratamiento.
- Así como recordar los signos de alarma y los distintos diagnósticos diferenciales.

## 12) Bibliografía.

- ✓ Blázquez Gamero D, Martínez Moreno C, Cordero Castro C, Rojo Conejo P. Adenitis cervical (v.3/2014). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 15-nov-2014; consultado el 05/04/2015]. Disponible en <http://www.guia-abe.es/>.
- ✓ Swanson D. Etiology and clinical manifestations of cervical lymphadenitis in children. UpToDate, 2013 [en línea] [actualizado en febrero 2015, consultado en abril 2015). Disponible en: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- ✓ Swanson D. Diagnostic approach to and initial treatment of cervical lymphadenitis in children. UpToDate, 2015[en línea] [actualizado en febrero 2015, consultado el 02/10/2008]. Disponible en: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)

- ✓ F. Baquero Artigao, T. del Rosal Rabes, M.J. García Miguel. Adenitis cervical. Unidad de Infectología Pediátrica. Hospital Infantil La Paz. Madrid. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP: Infectología pediátrica. 2011.
- ✓ Carvalho AC et al. Differential diagnosis of cervical mycobacterial lymphadenitis in children. *Pediatr Infect Dis J.* 2010.
- ✓ García Aguado J. Estudio del paciente con adenopatías periféricas. AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2010. Madrid.

**GRACIAS!**

