

Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

482/1733 - ADENOPATÍAS EN LA INFANCIA: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

A. Chuchón Alva¹, M. Jiménez Carabias¹, M. García Miranda² y N. García Cristóbal³

¹Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Piedrahíta. Piedrahíta. Ávila. ²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ávila Norte. Ávila. ³Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ávila Sur Oeste. Ávila.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 24 meses traído a consulta de atención primaria rural por aparición de adenopatías cervicales de 8 días de evolución de manera progresiva en el contexto cuadro catarral. Temperatura máxima 39 °C. Nacido en España, no contactos con tuberculosis activa ni ha realizado viajes recientes. Acudió a guardería. Tratamos con claritromicina y ciprofloxacino. Progresivamente se apreció reblandecimiento y fluctuación con supuración del resto de las lesiones. Se realizó cultivo exudado de ganglio linfático (bacilos ácido-alcohol resistentes o BAAR aislados de morfología atípica). Remitimos a consultas de Enfermedades Infecciosas y Maxilofacial/Cirugía Plástica para valoración, decidiendo diferir la intervención quirúrgica, dada la localización, hasta drenaje completo espontáneo y retracción de las lesiones, con manteniendo del tratamiento antibiótico hasta la intervención.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración física destacaba única adenopatía preauricular y dos submandibulares de consistencia dura, no dolorosas y sin alteraciones locales de la piel adyacente. Resto de la exploración normal. Pautamos Augmentine (80 mg/kg/día) e Ibuprofeno. Al tercer día se apreció eritema, fluctuación y dolor leve de la adenopatía submandibular izquierda. Realizamos estudio de adenopatía subaguda-crónica. Analítica: velocidad de sedimentación globular 37, PCR 0,57. Serologías negativas. Frotis faríngeo negativo. Radiografía de tórax normal. Mantoux 13 mm. Quantiferon negativo. Ecografía cervical: ganglios reactivos, sin signos de necrosis ni abscesificación. Solicitamos punción de aguja fina ante sospecha de linfadenitis por micobacterias no tuberculosas (abundantes polimorfonucleares, no granulomas, ni necrosis).

Orientación diagnóstica: Linfadenitis por micobacterias no tuberculosas.

Diagnóstico diferencial: Infecciones por virus de Epstein-Barr, citomegalovirus, micobacterias atípicas y tuberculosis.

Comentario final: En las zonas rurales de España, un 30% de las plazas de pediatras son cubiertas por médicos de familia. Las adenopatías cervicales existen en el 50% de la patología pediátrica, de ahí la importancia de un correcto diagnóstico diferencial. La mayoría aparece en infecciones de vías respiratorias altas y son autolimitadas. Si duran semanas o meses suelen estar relacionadas con infecciones por VEB, CMV, micobacterias atípicas, tuberculosis y enfermedad por arañazo de gato por lo que hay que hacer un correcto diagnóstico diferencial, tratamiento antibiótico precoz y correcta derivación a otros niveles de atención.

Bibliografía

1. Ruiz del Olmo I, Bustillo M, Monforte ML, Burgués P, Guerro C. Linfadenitis por micobacterias no tuberculosas: experiencia de 15 años. An Pediatr (Barc). 2017;86(3):115-21.

Palabras clave: Adenopatía. Fiebre.