

Adenoflemón cervical bilateral en el lactante.

Autores: Osuna Vera AA, Silva Grosso M*, Galera Ruiz H**, Garrido Lombardo I***, Espino Aguilar R. Servicio de Pediatría, Hospital Quirónsalud Infanta Luisa, Sevilla. *Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Quirónsalud Infanta Luisa, Sevilla. ** Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Quirónsalud Infanta Luisa, Departamento de Cirugía, Universidad de Sevilla. ***Servicio de Radiología, Hospital Quirónsalud Infanta Luisa, Sevilla. Dirección correspondencia: Andrés Alberto Osuna Vera. E-mail: andres_osuna@hotmail.com

Recibido 20-7-2016 Aceptado: 28-9-2016

Vox Paediatrica 2016; XXIII (II): 51-53

Resumen: la linfadenitis bacteriana complicada con adenoflemón bilateral resulta un cuadro de presentación excepcional en Pediatría, siendo aún mas infrecuente, la presentación metacrónica, es decir, afectación de un lado primero y al cabo de los días el compromiso del contralateral. El diagnóstico diferencial comprende virus, bacterias, mycobacterias y tumores. La inflamación y el dolor sugieren origen bacteriano, identificándose Estafilococo aureus en el cultivo. El tratamiento se fundamenta en la antibioterapia empírica sistémica y cuando la evolución conlleva la colección purulenta es preciso el drenaje quirúrgico. Una alternativa propuesta recientemente es el drenaje mediante punción aspiración.

Palabras clave: adenoflemón bilateral, drenaje quirúrgico, punción aspiración.

Title: CERVICAL ADENOPHLEGMON BILATERAL IN INFANT.

Abstract: bacterial lymphadenitis complicated with bilateral adenophlegmon is an exceptionally rare presentation in Pediatrics, and is even more rare, the metachronous presentation, ie involvement of a first side and after a few days the contralateral side. The differential diagnosis includes viruses, bacteria, mycobacteria and tumors. Inflammation and pain suggest bacterial aetiology, identifying Staphylococcus aureus in the culture. The treatment is based on systemic empirical antibiotics and when evolution involves a purulent collection surgical drainage is indicated. A recently proposed alternative is drainage by aspiration.

Key words: bilateral adenophlegmon, surgical drainage, drainage by aspiration.

Introducción

La linfadenopatía cervical alude a alteraciones del tamaño y/o la consistencia de los ganglios linfáticos de las regiones del cuello, preauriculares, parotídeos, yugulodigástricos, submentonianos, submaxilares, cervicales posteriores, cervicales profundos, occipitales y retroauriculares o mastoideos. Con frecuencia se usan indistintamente los términos de linfadenopatía y linfadenitis, aunque estrictamente este último se refiere a inflamación de los ganglios linfáticos. Cuando la linfadenitis evoluciona a un proceso piógeno difuso involucrando el tejido conectivo y planos superficiales, se denomina adenoflemon.

Caso clínico

Lactante mujer de 6 meses de edad, quien acude a urgencias por aumento de volumen cervical bilateral de tres semanas de evolución. Aportaba un diagnóstico de sospecha de parotiditis realizado por su pediatra y 3 días antes le indicaron tratamiento con amoxicilina a dosis de 80 mgr/kg/día vía oral. No presentaba datos de interés en los antecedentes personales ni familiares. La paciente se ingresó y trató con amoxicilina + ac. clavulánico a dosis de 80 mgr/kg/día, mejorando y siendo alta a los 5 días. A las 48 horas del alta reingresa por empeoramiento del cuadro, con presencia de signos locales de inflamación y reaparición de fiebre.

A la exploración física, presentaba una tumoración laterocervical derecha de 1,5 cm de diámetro, móvil, no dolorosa y otra izquierda de aproximadamente 4 cm, dolorosa, con aumento del calor local. No se identifican otras adenopatías ni visceromegalias. El resto del examen físico no presenta alteraciones.

Al ingreso se realizó hemograma con fórmula en la que se apreció leucocitosis (44.900/mm³) sin desviación izquierda (neutrófilos 49%, linfocitos 41%). Los valores de proteína C reactiva eran de 39,6 mg/l y la procalcitonina 0,1 ng/ml. La serología específica para citomegalovirus (CMV), virus Epstein Barr (VEB), parotiditis, toxoplasma, bartonella, brúcela y rickettsia resultó negativa, así como hemocultivo y prueba de Mantoux. Se practicó punción-aspiración con aguja fina (PAAF) que se informó como: "no presencia de células neoplásicas, histiocitos y hallazgos sugerentes de proceso infeccioso". El frotis de sangre periférica mostró leucocitosis con linfocitosis reactiva sin anomalías morfológicas. Durante el ingreso se realizan ecografías de cuello seriadas, en las que inicialmente se aprecian conglomerados nodulares hipocogénicos en relación a linfadenitis bilateral, más manifiestos en el lado izquierdo. Las imágenes sucesivas evolucionan con aumento del tamaño bilateral y aparición de áreas trabeculadas con contenido de menor ecogenicidad sugerente de adenoflemon cervical izquierdo (Figura 1). Glándulas parótidas sin alteraciones.

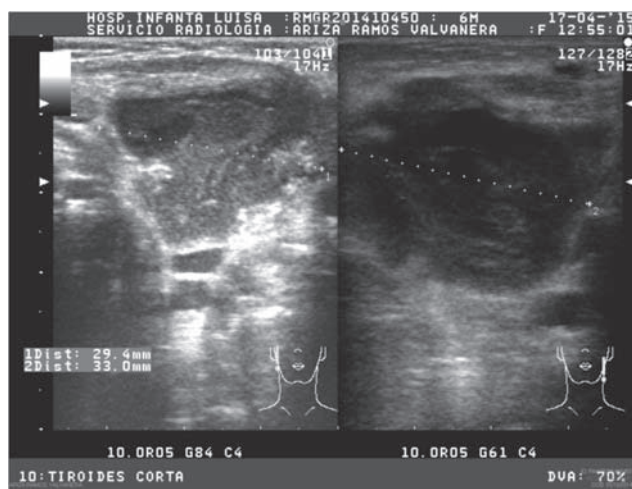


Figura 1: Imágenes ecográficas de la adenitis cervical bilateral.
A. Adenitis cervical derecha iniciando adenoflemon.
B. Adenoflemon cervical izdo.

Recibió tratamiento con amoxicilina + ácido clavulánico (dosis: 100 mgr/kg/día). Al día 10 de ingreso se practica drenaje quirúrgico cervical izquierdo (Figura 2) obteniéndose abundante exudado purulento que se remite para cultivo que resulta positivo para estafilococos aureus. A los 18 días de evolución se identifica adenoflemon derecho que se confirma mediante ecografía, y se drena quirúrgicamente. En resumen, la paciente permanece 27 días ingresada, tras habersele practicado sendos drenajes quirúrgicos de adenoflemones



Figura 2: Imagen de paciente intubada en la que se aprecia adenoflemon laterocervical izquierdo de gran tamaño. La piel está abombada y muestra enrojecimiento cutáneo franco.

contralaterales metacrónicos por estafilococo aureus y haber recibido cobertura antibiótica sistémica ampliada, con excelente evolución tras el alta (Figura 3).



Figura 3: Imagen de las cicatrices de los drenajes tras el alta.

Discusión

La adenitis aguda bilateral es la forma más frecuente de presentación de adenitis cervical en Pediatría¹. Cuando la presentación es bilateral el diagnóstico diferencial debe hacerse con diferentes virus respiratorios como virus respiratorio sincitial (VRS), adenovirus, influenza, virus de Epstein-Barr (VEB), citomegalovirus (CMV), virus herpes simple (VHS), sarampión, parotiditis o rubeola. Sin embargo, en el presente caso este diagnóstico quedó excluido, pues las adenopatías de origen vírico son reactivas de pequeño tamaño, sin signos de flogosis, tienden a autolimitarse y no supuran¹⁻⁴. También suele aparecer adenitis cervical bilateral en reacción a faringoamigdalitis aguda por estreptococos pyógenos. El origen bacteriano es más frecuente en la adenitis aguda unilateral, sobretodo asociada a estafi-

lococos aureus y estreptococos pyogenes (80%). Estas tienden a ser de mayor tamaño, cursan en forma aguda (menos de una semana) y con signos locales de inflamación (dolor), la edad de presentación más frecuente es en preescolares y con origen en foco orofaríngeo o piel. En el 10–25% de los casos pueden abscesificarse, sobre todo las asociadas a estafilococos aureus^{1-2,4-5}. Otros diagnósticos diferenciales son las adenitis subagudas y crónicas, asociadas a infecciones por CMV, VEB, micobacterias o infecciones bacterianas o víricas menos frecuentes. En el presente caso resulta negativa la serología para CMV, VEB, virus de parotiditis, así como para toxoplasma, bartonella, brúcela, rickettsia y la prueba de Mantoux. Otro diagnóstico a tener en cuenta en el presente caso es el posible origen tumoral, como leucemias o linfomas, en especial por la leucocitosis marcada (leucocitos 44900/mm³, neutrófilos 49%, linfocitos 41%, plaquetas 1622000, hemoglobina 9.3 gr/dl, hematocrito 28%), sin embargo con la PAAF no se demuestran células neoplásicas ni con el frotis de sangre periférica se evidencian anomalías celulares.

Este caso es singular porque, la linfadenitis bacteriana bilateral complicada con adenoflemón es excepcional en Pediatría, y aún más infrecuente es la forma de presentación metacrónica, con afectación de un lado primero y la afectación del contralateral después a pesar de haberse instaurado el correcto tratamiento antibiótico. Aún es más infrecuente la edad de presentación, lactantes menores de un año, pues la incidencia es mayor en edad preescolar o superior^{1-3,5-6}. En el presente caso se logra demostrar la presencia de un estafilococos aureus como agente causal, el cual junto al estreptococos pyogenes, son los agentes más frecuentemente implicados. Ante la falta de respuesta a la correcta antibioterapia sistémica se practica drenaje quirúrgico bilateral de las lesiones, obteniéndose abundante material purulento tal y como establece la ortodoxia terapéutica^{1,2,5,7-9}. Recientemente se ha propuesto como alternativa al drenaje quirúrgico, el drenaje mediante aspiración, pues además de ser también eficaz, evita la cicatriz, es más sencillo, más seguro y más coste-efectivo^{2,10}. En el presente caso se opta por el drenaje quirúrgico convencional por diversos motivos: (1) Se trata de una complicación en un paciente de corta edad (lactante), (2) el equipo médico no dispone de experiencia previa en el drenaje aspiración de este proceso concreto y (3) aunque los resultados del trabajo de Baek y cols.² se muestran prometedores, representa el único ensayo publicado hasta la fecha con francas limitaciones metodológicas como para poder extender las recomendaciones al resto de la comunidad científica, ensayo retrospectivo con escaso número de pacientes (n=38).

En conclusión, el adenoflemón cervical bilateral en el lactante es un proceso muy poco frecuente, que requiere un planteamiento ortodoxo desde el punto de vista diagnóstico-terapéutico. El rigor en la práctica clínica invita a ofrecer siempre la opción más segura al

paciente, que en el presente caso consistió en ingreso, seguimiento estrecho, control ecográfico del proceso, estudio completo, cobertura antibiótica y drenaje quirúrgico, para cumplir 27 días de ingreso hospitalario. Es excepcional la presentación y evolución metacrónica en tan temprana edad. Parece factible que en un futuro próximo se instaure como tratamiento convencional el drenaje aspirativo evitándose quirófano y cicatrices, así como acortándose el ingreso hospitalario.

Bibliografía

1. Baquero F, Del Rosal T, García M.J, Adenitis Cervical, Protocolos de Infectología. Asociación Española de Pediatría. Tercera edición. Madrid: Ediciones ERGON; 2011. Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/adenitis.pdf> (Acceso a la web 01 de junio de 2016).
2. Young Baek M, Hee Park K, Hee We J, Eun Park S, Needle aspiration as therapeutic management for suppurative cervical lymphadenitis in children. *Korean J Pediatr* 2010; 53: 801-8.
3. Blasquez 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. Disponible en <http://www.guia-abe.es/temas-clinicos-adenitis-cervical> (Revisado el 01 de junio de 2016).
4. Swanson D. Diagnostic approach to and initial treatment of cervical lymphadenitis in children. In: UpToDate, (Accessed on June 01, 2016).
5. Dulin MF, Kennard TP, Leach L., Williams R. Management of cervical lymphadenitis in children. *Am Fam Physician* 2008; 78:1097-8.
6. Nield LS., Kamat D. Lymphadenopathy in Children: when and how to evaluate. *Clin Pediatr* 2004; 43:25-33
7. Butler MK, Baker CJ. Cervical lymphadenitis. In: Feigin RD, Cherry JD, editors. *Textbook of pediatric infectious disease*. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders, 1992:220-30.
8. Brook AH, Winter GB. Staphylococcal cervico-facial lymphadenitis in children. *Lancet* 1972; 2:660-1.
9. Scobie WG. Acute suppurative adenitis in children: a review of 964 cases. *Scott Med J* 1969; 14:352-4.
10. Gorenstein A, Somekh E. Suppurative cervical lymphadenitis: treatment by needle aspirations. *Pediatr Infect Dis J* 1994; 13:669-71.