

## Adenitis cervical

Carmen Martínez Moreno<sup>a</sup> [[carmenmartinezmorero@hotmail.com](mailto:carmenmartinezmorero@hotmail.com)], Cristina Cordero Castro<sup>a</sup>, Pablo Rojo Conejo<sup>b</sup>.

<sup>a</sup> MIR-Pediatría. <sup>b</sup> Departamento de Pediatría, Hospital Universitario 12 de Octubre [Servicio Madrileño de Salud, Área 11]. Madrid.

Fecha de actualización: 26/10/2009  
Guía\_ABE\_Adenitis cervical (v.2/2009)

**Cita sugerida:** Martínez Moreno C, Cordero Castro C, Rojo Conejo P. Linfadenitis cervical (v.2/2009). Guía\_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 26/10/2009; consultado el dd/mm/aaaa]. Disponible en [http://infodoctor.org/gipi/guia\\_abe/](http://infodoctor.org/gipi/guia_abe/)

### Introducción / puntos clave

Adenitis (o linfadenitis) cervical: aumento de tamaño de los ganglios linfáticos del cuello y de la zona submandibular. En la gran mayoría de los casos representa una respuesta inflamatoria transitoria a una infección generalizada o local, pero en ocasiones es indicativo de un proceso más importante<sup>1</sup>.

Debe valorarse siempre la afectación de otros territorios ganglionares: las adenopatías generalizadas, cuando afectan a dos o más territorios, sugieren una infección o enfermedad sistémica mientras que las adenopatías localizadas suelen indicar una infección o enfermedad del ganglio afecto o de su área de drenaje.

**Cambios más importantes respecto a la versión anterior:** se han revisado y actualizado las recomendaciones, en particular las referidas a los casos de adenitis cervical causados por micobacterias atípicas.

Microorganismos causales (../..)		
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>2</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>▪ Toxoplasma</li><li>▪ <i>Treponema pallidum</i></li></ul>



<b>Microorganismos causales (../..)</b>		
Situaciones	Frecuentes	Menos frecuentes o raros
Adenitis unilateral subaguda o crónica (más de 15 días), con signos inflamatorios	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Micobacterias atípicas<sup>3</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></li> <li>▪ <i>Bartonella henselae</i></li> <li>▪ VEB</li> <li>▪ CMV</li> </ul>

<b>Estudios complementarios</b>		
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>▪ Afebril y buen estado general</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No precisa<sup>4</sup></li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <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>▪ Hemocultivo, PrCR, hemograma</li> <li>▪ Ecografía cervical<sup>5</sup></li> </ul>
Adenitis unilateral subaguda con signos inflamatorios sin mejoría tras tratamiento antibiótico empírico	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hemocultivo, PrCR, hemograma</li> <li>▪ Mantoux<sup>6</sup></li> <li>▪ Punción aspiración con aguja fina</li> <li>▪ Serología VEB, CMV y <i>B. henselae</i></li> <li>▪ Rx tórax<sup>7</sup></li> </ul>	

<b>Indicaciones de ingreso hospitalario</b>
<p>Adenitis que requiera tratamiento antibiótico y que presente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entorno familiar de riesgo que no garantiza cuidados generales, cumplimiento terapéutico y vigilancia eficaz</li> <li>▪ Intolerancia a líquidos o medicación oral</li> <li>▪ Afectación del estado general</li> <li>▪ Fiebre elevada en lactantes</li> <li>▪ Lactantes menores de 3 meses</li> <li>▪ Mala respuesta al tratamiento empírico oral inicial en 48 a 72 horas</li> </ul>

<b>Tratamiento antimicrobiano empírico (../..)</b>		
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>



<b>Tratamiento antimicrobiano empírico (../..)</b>		
Situaciones	Tratamiento ambulatorio	Niños ingresados
Adenitis unilateral aguda, adenopatía mayor de 3 cm de diámetro, con signos inflamatorios <sup>8</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tratamiento de elección: cefadroxilo, VO</li> <li>▪ Si enfermedad dental o periodontal: amoxicilina-clavulánico, VO</li> <li>▪ Tratamiento alternativo: clindamicina<sup>9</sup>, VO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tratamiento de elección: cefazolina (o cloxacilina, o clindamicina<sup>9</sup>), IV</li> <li>▪ Si enfermedad dental o periodontal: amoxicilina-clavulánico, IV</li> </ul>

<b>Tratamiento específico</b>	
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>▪ Biopsia escisional (de elección)<sup>10</sup></li> <li>▪ Si no es posible<sup>11</sup>, tratamiento antimicrobiano:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Azitromicina (o claritromicina) + rifabutina (o etambutol)</li> <li>- Azitromicina (o claritromicina) + ciprofloxacino<sup>12</sup></li> <li>- Ajustar según antibiograma cuando se tenga el cultivo</li> </ul> </li> </ul>

<b>Tratamiento antimicrobiano empírico; dosis y duración</b>
Dosis recomendadas (ver también "Antibióticos. Dosificación" en <a href="http://infodoctor.org/gipi/guia_abe/">http://infodoctor.org/gipi/guia_abe/</a> )
<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: 5 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 mg/kg/día en 1 dosis (máximo 1 g/dosis)</li> <li>▪ Rifabutina, VO: 5 mg/kg/día en 1 dosis</li> </ul>
Antibióticos parenterales / orales. Duración del tratamiento
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Linfadenitis cervical (tratamiento oral, IV)<sup>13</sup>: 10 días</li> <li>▪ Linfadenitis cervical por micobacterias: sin escisión, tratamiento antimicrobiano de 3 a 6 meses</li> </ul>



## Referencias bibliográficas

- Leung A, Robson LM. Childhood cervical lymphadenopathy. J Pediatr Health Care. 2004;18:3-7.
- Peters TR, Edwards KM. Cervical lymphadenopathy and adenitis. Pediatr Rev. 2000;21:399-404.
- Twist CJ, Link MP. Assessment of lymphadenopathy in children. Pediatr Clin North Am. 2000;49:1009-25.
- Lindeboom JA, Kuijper EJ, Prins JM, et al. Tuberculin Skin Test is useful in the screening for nontuberculous mycobacterial cervicofacial lymphadenitis in children. Clin Infect Dis. 2006;43:1547-51.
- Méndez Echevarría A, Baquero Artigao F, García Miguel MJ, et al. Adenitis por micobacterias no tuberculosas. An Pediatr (Barc). 2007;66:254-9.
- Timmerman MK, Morley AD, Buwalda J. Treatment of non-tuberculous mycobacterial cervicofacial lymphadenitis in children: critical appraisal of the literatura. Clin Otolaryngol. 2008;33:546-52.

**Abreviaturas:** **CMV:** citomegalovirus. **IV:** vía intravenosa. **PrCR:** proteína C reactiva. **Rx:** radiografía. **VEB:** virus de Epstein Barr. **VIH:** virus de la inmunodeficiencia humana. **VO:** vía oral.

## Notas

- <sup>1</sup> El diagnóstico diferencial debe incluir también enfermedades no infecciosas: fundamentalmente tener siempre presente las leucemias agudas y los linfomas.
- <sup>2</sup> Como manifestación de una sepsis tardía por estreptococo del grupo B puede aparecer un cuadro de adenitis-celulitis en neonatos y lactantes pequeños. Habitualmente se manifiesta por fiebre, irritabilidad, rechazo del alimento y tumefacción generalmente cervical.
- <sup>3</sup> *M. avium intracellulare*, *M. kansasii*, *M. scrofulaceum*, *M. marinum* son las más frecuentes.
- <sup>4</sup> Delimitar con precisión (a ser posible medir con una regla) el tamaño de la adenopatía para seguimiento clínico.
- <sup>5</sup> Valorar su realización si la tumoración es grande y sin límites claros o adenopatía de gran tamaño para evaluar la existencia de un absceso.
- <sup>6</sup> Las micobacterias atípicas suelen dar un Mantoux positivo (normalmente 5-10 mm, aunque en ocasiones puede llegar a ser mayor de 10 mm), por ello en países desarrollados, con baja incidencia de tuberculosis, un Mantoux positivo (incluso mayor de 10-15 mm) nos debe hacer pensar en primer lugar en una infección por micobacterias atípicas.
- <sup>7</sup> Valorar su realización si se sospecha tuberculosis.
- <sup>8</sup> Si existe un absceso organizado se deberá realizar incisión y drenaje como tratamiento complementario.
- <sup>9</sup> Sobre todo en áreas con alta prevalencia de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina.
- <sup>10</sup> En infecciones por micobacterias atípicas está contraindicada la incisión y drenaje de la lesión por el riesgo de fístula y cronificación.
- <sup>11</sup> Por problemas estéticos considerables, riesgo de lesión de estructuras vasculonerviosas (fundamentalmente del nervio facial), recurrencias tras cirugía o rechazo de la cirugía por parte de la familia
- <sup>12</sup> A pesar de la infrecuente aparición de complicaciones musculoesqueléticas, el ciprofloxacino no debería utilizarse en niños mientras se disponga de otros antimicrobianos efectivos y seguros.
- <sup>13</sup> En estos niños una vez que se comprueba una evolución favorable, el niño se encuentre afebril y pueda tolerar medicación oral, los antimicrobianos parenterales deben sustituirse por sus equivalentes orales.

Notas: la *Guía ABE* se actualiza periódicamente (al menos cada 2 años). Los autores y editores recomiendan aplicar estas recomendaciones con sentido crítico en función de la experiencia del médico, de los condicionantes de cada paciente y del entorno asistencial concreto; así mismo se aconseja consultar también otras fuentes para minimizar la probabilidad de errores. Texto dirigido exclusivamente a profesionales.

[G] Más información en: [http://infodoctor.org/gipi/guia\\_abe/](http://infodoctor.org/gipi/guia_abe/)

[E] Comentarios y sugerencias en: [laquiaabe@gmail.com](mailto:laquiaabe@gmail.com)



Con la colaboración de:



[C] Guía\_ABE, 2009. ISBN: 978-84-95028-90-7.