

## TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN DE LAS ADENITIS CERVICALES POR MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS EN NIÑOS.

B. Santiago\*, J. Saavedra-Lozano, D. Blázquez, T. Sáinz, J. Becerril, R. Gómez, F. Baquero-Artigao, E. Rincón, H. Rodríguez, Z. Daoud, M.J. Ruiz, M.D. Delgado, G.L. López, C. Otero.

Hospital Gregorio Marañón, Hospital 12 de Octubre, Hospital Infantil La Paz, Hospital La Fé, Hospital Clínico San Carlos

*Introducción:* La adenitis cervical es la forma más frecuente de infección por micobacterias no tuberculosas (MNT) en la infancia. Aunque el tratamiento recomendado consiste en la exéresis quirúrgica de la adenopatía, existe un amplio debate debido a las complicaciones que en algunos casos asocia la cirugía.

*Objetivo:* Determinar las características clínicas, diagnósticas y evolutivas de los niños con adenitis por MNT y comparar la efectividad, complicaciones y secuelas de cada opción terapéutica.

*Material y métodos:* Estudio retrospectivo de los menores de 14 años diagnosticados de adenitis por MNT en cinco hospitales de dos comunidades autónomas entre 2004 y 2011. Criterios diagnósticos: a) adenitis cervical de >3 semanas de evolución; b) aislamiento de MNT mediante cultivo o PCR y/o anatomía patológica compatible, y c) exclusión de otras causas.

*Resultados:* Ochenta y dos niños (41,5% varones) fueron diagnosticados de adenitis por MNT, (mediana de edad 2,1 años [RIC:1,7-3]). Se realizó la prueba de la tuberculina a 74 niños (90,2%, mediana 6mm [0-10]), con una induración >10mm en 28 pacientes (34,1%). El principal hallazgo anatomopatológico fue granulomatosis epiteloide con necrosis caseosa (n=31; 38,8%). Un 46,3% se confirmaron microbiológicamente, siendo *M. avium* (n=18) y *M. lentiflavum* (n=16) los aislamientos más frecuentes. En el análisis comparativo entre hospitales se encontraron diferencias en cuanto al manejo terapéutico (p=0.009). Se mantuvo actitud expectante en 2 casos (2,5%); 4 (5%) recibieron únicamente tratamiento antibiótico, 31(38,8%) sólo cirugía y 43 (53,8%) ambos. El abordaje quirúrgico inicial fue drenaje en 15 niños (18,8%), excisión parcial en 5 (6,3%) y excisión total en 54 (67,5%) aunque finalmente esta última fue realizada a 63 niños (78,8%). Dos pacientes se perdieron durante el seguimiento. Las principales complicaciones fueron: fistulización (n=18; 22,5%), cicatriz queloidea (n=13; 16,2%), parálisis facial transitoria (n=12; 15%) o permanente (n=7; 8,7%) y recidiva (n=7; 8,7%). Al comparar la evolución entre el drenaje y la excisión completa, los primeros fueron niños más pequeños (mediana 2,7 [RIC:1,8-5,7] vs 2 años [RIC:1.7-2.9]; p=0.043) y presentaron más secuelas a nivel global (53.3% vs 24.1%; p=0.05), fundamentalmente cicatriz queloidea (40% vs 13%; p=0.028). La exéresis no presentó mayor incidencia de parálisis facial permanente que el drenaje (9,3% vs 13,3%; p=0,64)

*Conclusiones:* En nuestro estudio encontramos una gran heterogeneidad de manejo entre los distintos centros. La excisión completa inicial frente al drenaje presentó menor incidencia de secuelas, fundamentalmente cicatriz queloidea, y no presentó mayor incidencia de parálisis facial permanente.

SOLICITADO.... ORAL