

RESUMEN DE COMUNICACIÓN



Modalidad de presentación preferida: Oral Póster

RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Título: ¿LINFADENITIS DE TÓRPIDA EVOLUCIÓN? PIENSA EN MAC.

Centro de trabajo: Hospital Universitario de Canarias. La Laguna

Autores: M. Mateos Durán; A. Montesdeoca Melián; M. Afonso Coderch.

Texto: Introducción: Las micobacterias no tuberculosas son responsables de una gran variedad de manifestaciones clínicas en pediatría, desde linfadenitis de curso subagudo a infecciones diseminadas en inmunodeprimidos. La linfadenitis es la forma clínica más frecuente de infección por micobacterias no tuberculosas en el niño. Su frecuencia es máxima entre los 2 y 4 años, y es rara por encima de los 10 años, suponiendo aproximadamente el 10% de las linfadenitis cervicales, submaxilares y preauriculares en la edad preescolar. En la actualidad, la causa más frecuente es la infección por *Mycobacterium avium* complex (MAC) (70-80 %), seguida por *M. scrofulaceum* (10-20 %) y *M. kansasii* (5 %). En la linfadenitis por MAC, las adenopatías no suelen ser dolorosas y no existe ni fiebre ni otros síntomas constitucionales. El curso es insidioso y los cultivos suelen ser negativos debido a la escasa densidad de micobacterias en la lesión. El tratamiento inicial debe ser quirúrgico, procurando la escisión total de los ganglios afectados. En caso de recurrencia o fistulización tras el tratamiento quirúrgico inicial, el tratamiento antibiótico con claritromicina asociada a rifabutina, etambutol o ciprofloxacino durante 2 a 6 meses se ha mostrado efectivo en la mayoría de los pacientes, aunque no existen estudios clínicos bien diseñados, dada la escasa incidencia de esta enfermedad en pediatría.

Caso clínico: Niño de 3 años sin AP de interés, que presenta bultoma laterocervical izquierdo de unos 20 días de evolución asociado inicialmente a proceso febril autolimitado y faringitis, persistiendo el bultoma a pesar de recibir tratamiento con amoxicilina/clavulánico (80 mg/kg/d) durante 14 días. En la exploración física destaca paquete adenopático de consistencia gomosa, adherido a planos profundos, sin signos inflamatorios locales, pero sí cambios en la coloración de la piel suprayacente (violácea), lugar por donde fistuliza a piel. Las pruebas de imagen confirman la presencia de adenopatías bilaterales en planos cervicales superficiales y profundos con centro necrótico. El PPD fue positivo (14 mm). Los estudios serológicos e inmunológicos son normales salvo un déficit de IgA. Se detecta shell vial positivo para Adenovirus en faringe y cultivo positivo a *M. avium* en biopsia ganglionar. Se realiza extirpación parcial por la proximidad a grandes vasos, por lo que se inicia tratamiento con claritromicina (15 mg/kg/d) y rifabutina (5 mg/kg/d). Tras una buena respuesta inicial, se objetiva elevación significativa de transaminasas que obliga a la retirada de rifabutina a los 4 meses de iniciada la terapia. Una vez cumplidos 6 meses de tratamiento (monoterapia), la linfadenitis recidiva por lo que se reinterviene y recibe terapia con ciprofloxacino, etambutol y azitromicina durante 6 meses con buena respuesta.

Conclusiones: 1) En adenitis cervicales de tórpida evolución sobre todo unilaterales y en niños menores de 5 años, se debe pensar en la posibilidad de infección por micobacterias no tuberculosas. 2) Cuando no es posible la extirpación ganglionar completa, es recomendable iniciar tratamiento médico con un régimen combinado que contenga claritromicina o azitromicina, ya que la monoterapia puede conducir a la aparición de resistencias/recidivas. 3) La baja incidencia de adenitis por micobacterias no tuberculosas ha impedido establecimiento de una terapia estándar. 4) La combinación ciprofloxacino, azitromicina y etambutol fue, en este caso, bien tolerada y eficaz. 5) La coinfección por virus respiratorios (en este caso Adenovirus) o el déficit de IgA pueden ser factores facilitadores para sufrir linfadenitis por MAC.