

ADENITIS POR MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS EN UN HOSPITAL TERCIARIO: Estrategias diagnósticas y terapéuticas en los últimos 10 años.

Autoras: T. Mazaira Schreck, C. Arosa Sineiro N. Puime Figueroa, M.L. González Durán, M.X. Lemos Bouzas, A.I. Villares Porto-Domínguez, M.M. Portugués de la Red, A. Concheiro Guisán.



DECLARACIÓN DE POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERESES

ADENITIS POR MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS EN UN HOSPITAL TERCIARIO: Estrategias diagnósticas y terapéuticas en los últimos 10 años.

Relativas a esta presentación no existen relaciones que podrían ser percibidas como potenciales conflictos de intereses.

Adenitis por micobacterias no Tuberculosas

- **Adenitis:** manifestación clínica más frecuente de la infección por micobacterias atípicas o no tuberculosas (MNT).
- 1-5 años.
- Incremento de casos en nuestro **país y a nivel mundial.**
- Etiología:
 - *Micobacterium Avium complex* (70-80%).
 - *M. Lentiflavum*.
 - *M. Kansasii*.



CLÍNICA

- Ganglios de las cadenas **cervicales anteriores y submaxilares**.
- En 1/3 afectación de más de una cadena ganglionar. 5% bilateral.
- **Adenopatías no dolorosas** de semanas o meses de evolución.
- No suele asociar fiebre ni síntomas constitucionales.
- Cambios cutáneos.



¿QUÉ ESPERAMOS ENCONTRAR EN LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS?

- Radiografía de tórax: sin alteraciones.
- Mantoux: < 10 mm.
- IGRA: TB vs. MNTB.
- PAFF/biopsia: granulomas, necrosis y células gigantes.
- Cultivo: rendimiento < 50 %.
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:**
 - Enfermedad por arañazo de gato (B. Henselae).
 - Adenitis por TBC.



TRATAMIENTO

- Exéresis quirúrgica.
- **Antibioterapia: macrólidos + otros** (rifampicina, rifabutina, etambutol o ciprofloxacino)
- Tratamiento **combinado** si **exéresis incompleta**.

COMPLICACIONES:

- Lesión del nervio facial.
- Queloides.
- Fístulas.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO

- Revisar la evolución de las infecciones por MNT del área sanitaria del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo en los últimos 10 años a nivel de su **epidemiología, métodos diagnósticos y estrategias terapéuticas.**

Criterios de INCLUSIÓN:

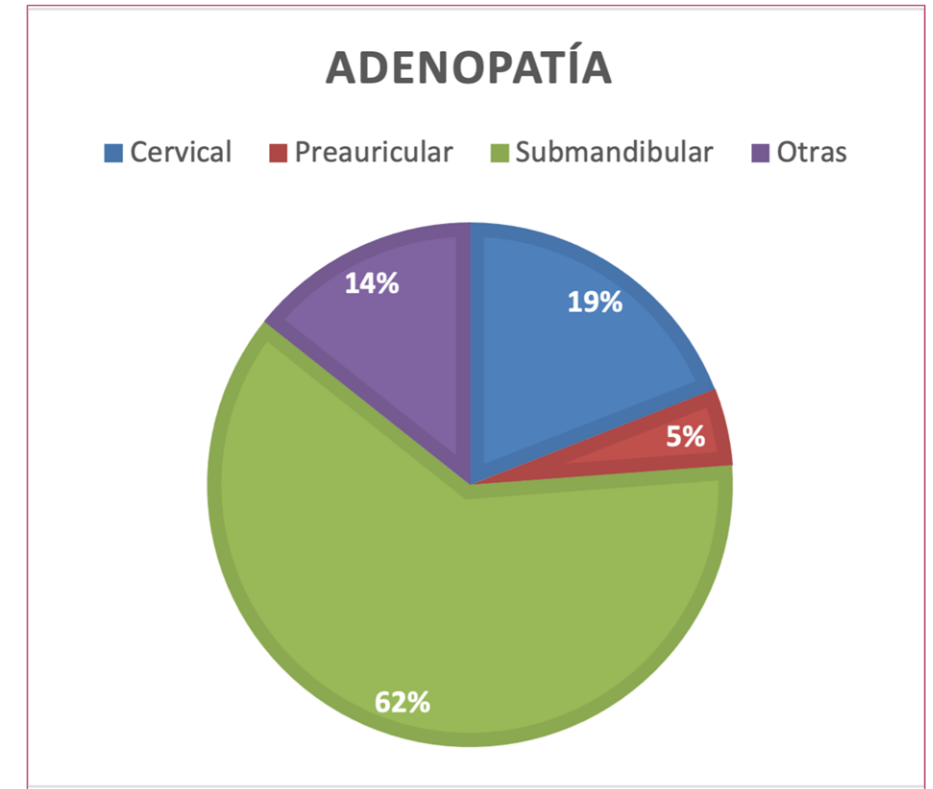
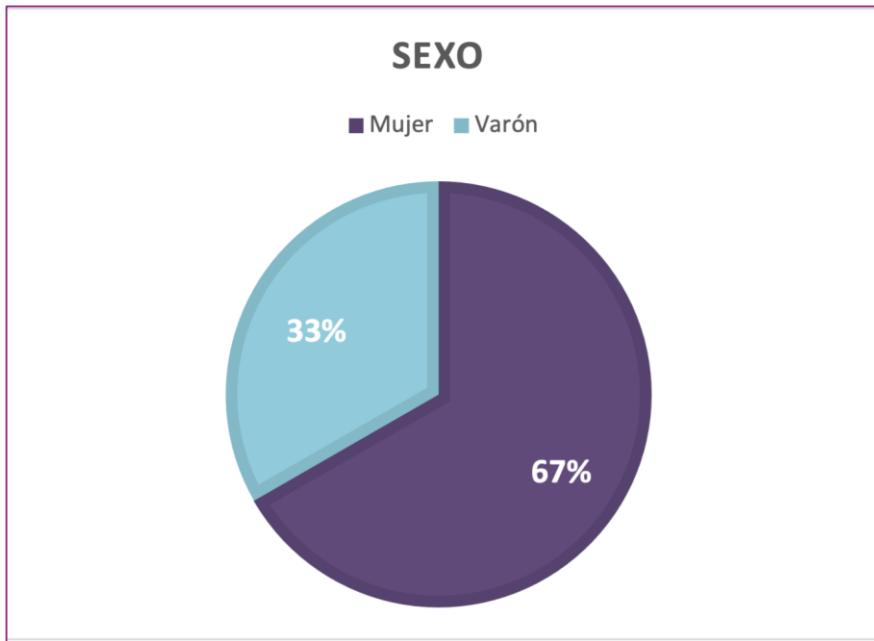
- Edad < 15 años.
- Clínica compatible con linfadenitis aguda/subaguda/crónica.
- Diagnóstico de adenitis por MNT (microbiológico o anatomopatológico).

N = 21

Criterios de EXCLUSIÓN:

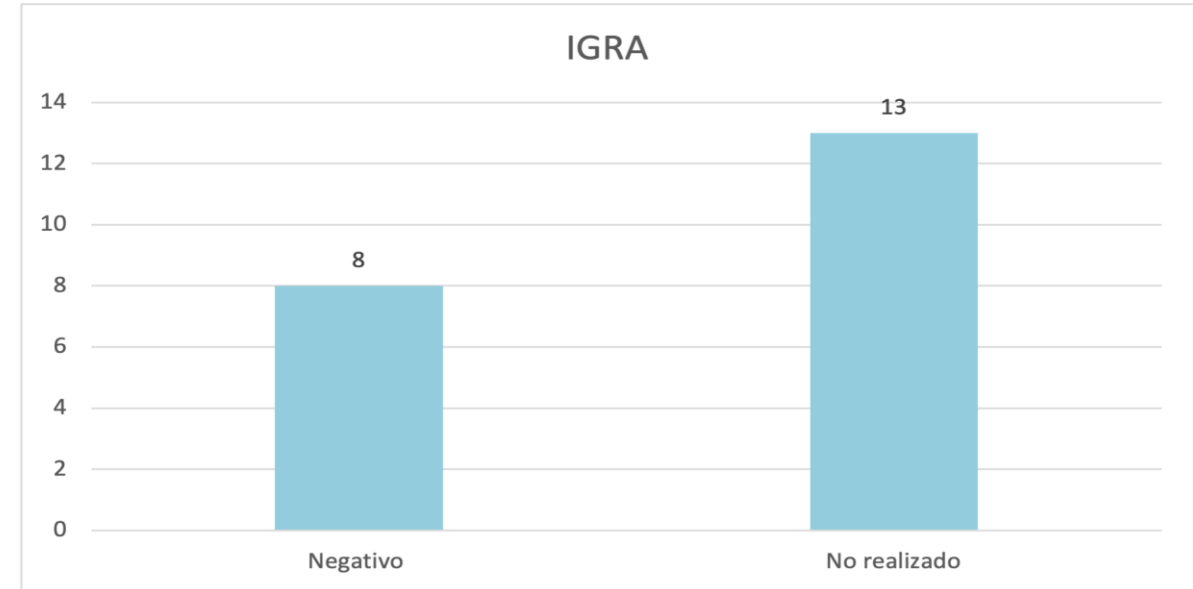
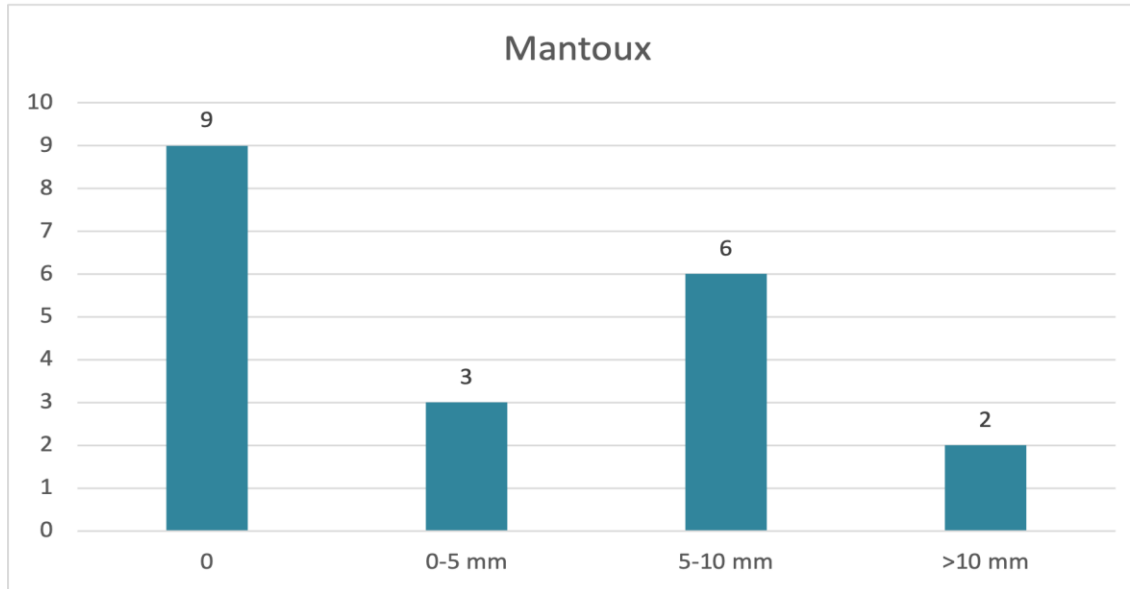
- Adenitis sin etiología filiada.
- Adenitis tuberculosas.
- No histología ni microbiología.

EPIDEMIOLOGÍA Y CLÍNICA



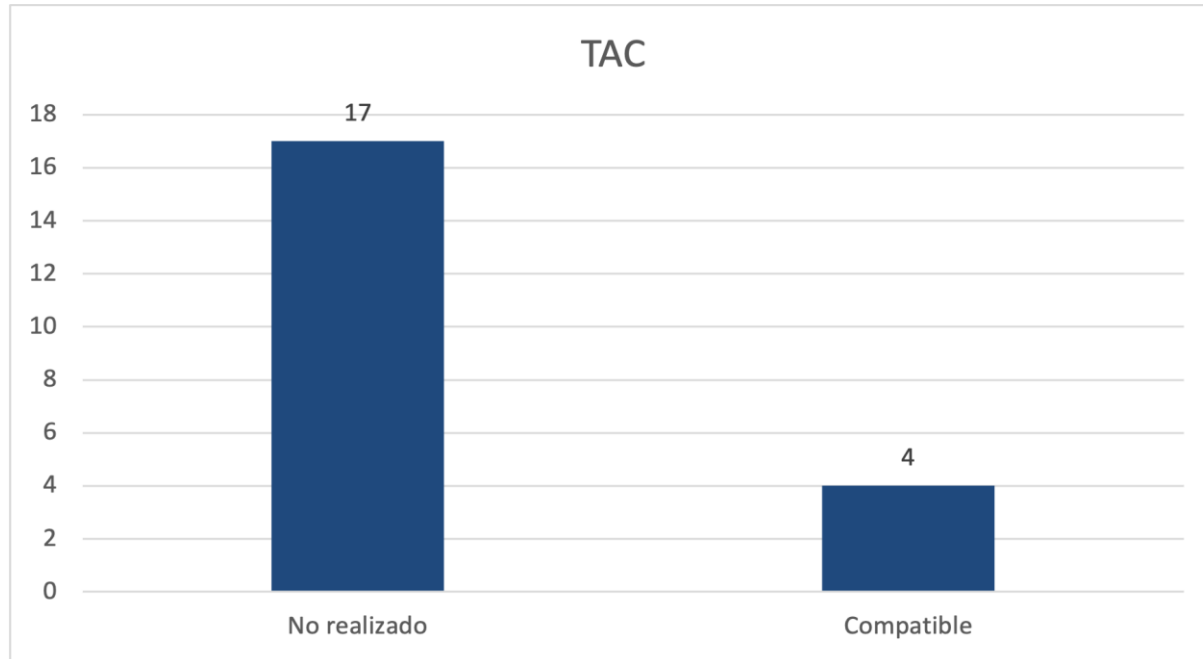
- Media de **evolución hasta diagnóstico**: 4,86 semanas.
- Media de **edad**: 3,57 años.
- Presencia de **fiebre** en el 81%.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS



- **PAAF:** compatible en 10/13 de los sujetos a los que se realizó. No realizada en 8.
- **Cultivo:** crecimiento *M. Avium* en 5/21, de *M. Lentiflavum* en 3/21. No crecimiento en 13/21.
- **Tinción Ziehl-Nielsen:** positiva en 4/21. **Tinción auramina:** positiva en 1/21.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS



- **Rx de tórax:** normal en 17/21. No realizada en el resto.
- **Ecografía:** compatible en 19/21. No realizada en el resto.

TRATAMIENTO

- 20/21 → tratamiento antibiótico por sospecha de adenitis bacteriana (**amoxicilina-clavulánico**).
- Tras el diagnóstico de MNT: 

5/21 exclusivo quirúrgico.
4/21 tratamiento antibiótico.
12/21 tratamiento combinado.
- La pauta antibiótica más empleada fue **rifampicina con azitromicina**.
- Se procedió a **exéresis completa de la adenopatía en 10/17 casos**. Resto: exéresis parcial.
 - En **todos** ellos el **estudio histológico fue compatible con MNT**.
 - Recurrencia y complicaciones: 4/21. 1 fístula,
1 retracción cicatricial, 1 queloide y
1 parálisis facial transitoria.



CONCLUSIONES

1. Las adenopatías por micobacterias no tuberculosas no son excepcionales en nuestro medio, sobre todo en niños menores de 4 años.
2. Es necesaria una alta sospecha clínica y un seguimiento estrecho de estos pacientes, para **realizar un diagnóstico precoz** (antes de 4 semanas) que permite un tratamiento adecuado, que evite complicaciones y recidivas.
3. El tratamiento de elección es la **exéresis quirúrgica precoz**, si bien en la mayoría de los casos se realiza un tratamiento combinado.
4. La cirugía no está exenta de complicaciones y se recomienda que se realice bajo monitorización neurofisiológica.

BIBLIOGRAFÍA

- *Méndez Echevarría A, Baquero Artigao F, García Miguel ^aJ., Romero Gómez M ^ap., Alves Ferreira F, del Castillo Martín F. Adenitis por micobacterias no tuberculosas. Anales de Pediatría. marzo de 2007;66(3):254-9.
- *Ruiz del Olmo Izuzquiza I, Bustillo Alonso M, Monforte Cirac ML, Burgués Prades P, Guerrero Laleona C. Linfadenitis por micobacterias no tuberculosas: experiencia de 15 años. Anales de Pediatría. marzo de 2017;86(3):115-21.
- *Núñez Cuadros E, Baquero Artigao F. Recomendaciones de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica sobre el diagnóstico y tratamiento de las adenitis por micobacterias no tuberculosas. Anales de Pediatría. septiembre de 2012;77(3):208.e1-208.e12.
- *Baquero-Artigao F. Infección pediátrica por micobacterias no tuberculosas. Anales de Pediatría. mayo de 2005;62(5):458-66.