

## Adenitis/Adenopatías cervicales

María José Martínez Chamorro <sup>o</sup>, Pilar Lupiani Castellanos <sup>b</sup>.

<sup>a</sup> CS Polanco. Polanco. Cantabria. <sup>b</sup> UGC Joaquín Pece. San Fernando. Cádiz. España.

Fecha de actualización: 04/05/2023  
(V.4.0/2023)

**Cita sugerida:** Martínez Chamorro MJ, Lupiani Castellanos P. Adenopatías cervicales (v.4/2023). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 04/05/2023; consultado el *dd-mmm-aaaa*]. Disponible en <http://www.guia-abe.es>

### Introducción / puntos clave

**Adenopatía** es un ganglio anormal o patológico. Puede serlo por su tamaño, consistencia, adherencia o cambios que produce en tejidos adyacentes.

Se consideran aumentados de tamaño los ganglios cervicales mayores de 1 centímetro (0,5 cm en neonatos).

**Adenitis** es un ganglio con signos inflamatorios. Suele deberse a infecciones bacterianas agudas. A veces se habla de adenopatías o adenitis indistintamente.

**Adenopatías cervicales:** comprenden los ganglios preauriculares, parotídeos, yugulodigástricos, submentonianos, submandibulares, cervicales posteriores, cervicales superficiales, cervicales profundos, occipitales, retroauriculares y supraclaviculares.

En la edad pediátrica la mayoría de las adenopatías cervicales son infecciosas, reactivas a infecciones respiratorias de vías altas de etiología vírica y autolimitadas. También pueden estar presentes en cuadros graves, tanto infecciosos como no infecciosos (leucemias, linfomas y otros tumores) <sup>1</sup>. También hay que distinguirlas de otros procesos que simulan adenopatías <sup>2</sup>.

**Adenopatías generalizadas:** adenopatías en dos o más regiones linfáticas no adyacentes (por ej. cervicales y axilares) y suelen deberse a enfermedad sistémica.

Según su **evolución** las adenopatías pueden ser:

**Adenopatías agudas:** se desarrollan en pocos días, se comienzan a resolver antes de 2 semanas y suelen desaparecer en un máximo de 3-4 semanas.

**Adenopatías subagudas/crónicas:** se desarrollan durante semanas o meses (subagudas si persisten al menos 3-6 semanas y crónicas si su evolución es mayor de 6 semanas).

**Cambios más importantes respecto a la versión anterior:** se han actualizado la etiología (incluyendo causas no infecciosas), las indicaciones de pruebas diagnósticas y se han revisado los tratamientos y la bibliografía.

Situaciones	Frecuentes	Menos frecuentes / raros
<b>Agudas unilaterales</b>	<i>Staphylococcus aureus</i> Estreptococo βHGA Bacterias anaerobias	Estreptococo βHGB <i>Francisella tularensis</i> # α-estreptococos <i>Pasteurella multocida</i> <i>Yersinia pestis</i> * <i>Salmonella</i> spp <i>Shigella</i> spp <i>Brucella</i> spp <i>Haemophilus influenzae</i> <i>Yersinia enterocolitica</i> # <i>Corynebacterium diphtheriae</i> Ántrax
<b>Agudas bilaterales</b>	Rinovirus Adenovirus Enterovirus Virus parainfluenza Virus Epstein-Barr*# Citomegalovirus*# Virus herpes simplex <i>Mycoplasma pneumoniae</i> Estreptococo βHGA <i>Arcanobacterium haemolyticum</i> Virus influenza	HHV 6 y 7 (exantema súbito)* Parvovirus B19* <i>Corynebacterium diphtheriae</i> Virus rubeola* Virus sarampión Virus parotiditis*
<b>Subagudas o crónicas unilaterales</b>	<i>Bartonella henselae</i> Micobacterias atípicas <i>Toxoplasma gondii</i> * Estreptococo βHGA <i>Staphylococcus aureus</i>	<i>Mycobacterium tuberculosis</i> * Virus Epstein-Barr Citomegalovirus Actinomicosis <i>Nocardia brasiliensis</i> Aspergillosis Sporotrichosis
<b>Crónicas bilaterales</b>	Virus Epstein-Barr* Citomegalovirus* <i>Toxoplasma</i> spp*	<i>Mycobacterium tuberculosis</i> * VIH* Actinomicosis <i>Treponema pallidum</i> * <i>Brucella</i> spp* <i>Histoplasma</i> spp* <i>Nocardia brasiliensis</i> Esporitricosis Aspergilosis

**Estreptococo βHGA:** estreptococo β hemolítico del grupo A. **Estreptococo βHGB:** estreptococo β hemolítico del grupo B. **HHV:** herpes virus humano. **VIH:** virus de la inmunodeficiencia humana

#Pueden cronificarse.

\*Las adenopatías pueden ser generalizadas.

**Adenopatías no infecciosas <sup>1</sup>**

Enfermedad	Clínica	Adenopatías	Comentarios
<b>S. PFAPA</b> (Periodic Fever, Adenopathy, Pharyngitis and Aphthae) <sup>3</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiebre periódica</li> <li>• Adenopatías</li> <li>• Faringitis</li> <li>• Aftas bucales</li> </ul> <p>➤ Puede haber síndromes incompletos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentes en el 60-100% de los pacientes</li> <li>• Bilaterales</li> <li>• Moderadamente aumentadas</li> <li>• Pueden ser dolorosas</li> </ul>	Diagnóstico clínico y por exclusión de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Causas infecciosas de fiebre</li> <li>• Neutropenia cíclica</li> <li>• Síndromes genéticos de fiebre recurrente (autoinflamatorios)</li> <li>• Inmunodeficiencias</li> <li>• Enfermedades autoinmunes (ej. enf. inflamatoria intestinal)</li> <li>• Tumores</li> </ul>
<b>E. Kawasaki (EK)</b> <small>4</small>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiebre <math>\geq 5</math> días y al menos 4 de los siguientes:</li> <li>• Adenopatía cervical</li> <li>• Conjuntivitis no exudativa bilateral</li> <li>• Exantema polimorfo</li> <li>• Mucositis (lengua aframbuesada, enantema, labios rojos y fisurados)</li> <li>• Palmas y plantas:               <ul style="list-style-type: none"> <li>-Eritema/edema (fase aguda)</li> <li>-Descamación (convalecencia)</li> </ul> </li> </ul> <p>○ Pueden aparecer en distintas fases.</p> <p>➤ Síndromes incompletos en aumento <sup>4</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presente en el 50-70 % de los pacientes (ausente sobre todo en &lt; 1 año)</li> <li>• Unilateral, cervical anterior, sobre músculo ECM</li> <li>• Varias adenopatías agrupadas (en "racimo de uvas"), aunque solo se suele palpar una, &gt;1,5 cm<sup>5</sup></li> <li>• Moderadamente sensible</li> <li>• Aparece y se resuelve temprano en el curso de la enfermedad.</li> </ul>	Diagnóstico diferencial con: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedades por exotoxinas: s. piel escaldada estafilocócica, s. shock tóxico, escarlatina.</li> <li>• Viriasis: adenovirus (fiebre faringoconjuntival), COVID-19, MNI.</li> <li>• Reacciones inmunitarias: toxicodermias, S. de Stevens-Johnson, enfermedad del suero.</li> <li>• Enfermedades reumatológicas: AIJ de inicio sistémico, LES.</li> </ul>
<b>S. inflamatorio multisistémico pediátrico vinculado a SARS-CoV-2 o SIM-PedS</b>	<p>➤ Amplio espectro de enfermedad</p> <p>Presentación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiebre persistente</li> <li>• Síntomas g-i (dolor abdominal, vómitos, diarrea)</li> </ul>	<p>➤ Poco frecuente: 6-16% de los pacientes</p> <p>➤ Similar a la de EK:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Unilateral, &gt;1,5 cm</li> <li>➤ Más probable si hay otros signos de EK</li> </ul>	<p>➤ Postinfeccioso: Pico de enfermedad varias semanas tras el pico de la infección.</p> <p>Diagnóstico diferencial con:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conjuntivitis no exudativa</li> <li>• Exantema</li> </ul> <p>Y además:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elevación de marcadores inflamatorios</li> <li>• &gt;2 signos de inflamación multisistémica</li> <li>• Evidencia de infección / exposición a SARS-CoV-2</li> <li>• Exclusión de otras causas potenciales</li> </ul> <p>➤ Síndromes incompletos en el 36-88% de los pacientes</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ S. shock tóxico</li> <li>➤ E. Kawasaki</li> <li>➤ COVID-19 severa</li> <li>➤ Sepsis bacteriana</li> <li>➤ Apendicitis / peritonitis</li> <li>➤ Otras infecciones (virus, bacterias)</li> <li>➤ E. autoinmunes / autoinflamatorias (LHH/MAS, LES, EII)</li> </ul>
<b>E. Kikuchi</b> (linfadenitis necrotizante subaguda)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiebre (puede estar ausente)</li> <li>• Síntomas constitucionales</li> <li>• Síntomas g-i</li> <li>• Exantema</li> <li>• Artralgias/artritis</li> <li>• Manifestaciones neurológicas, pulmonares, renales, oculares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cervicales unilaterales, posteriores</li> <li>• Pueden ser generalizadas</li> <li>• Tamaño y dolor moderados</li> <li>• Sin características clínicas de malignidad <sup>6</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rara</li> <li>• Benignidad histopatológica</li> <li>• Causa desconocida</li> <li>• Diagnóstico diferencial: LES</li> <li>• Autorresolución en 1-4 meses</li> </ul>
<b>Neoplasias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiebre</li> <li>• Otros síntomas constitucionales</li> <li>• Hepatoesplenomegalia</li> <li>• Hematomas no traumáticos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cervicales persistentes o progresivas</li> <li>• No dolorosas</li> <li>• Pueden ser generalizadas</li> </ul>	
<b>Enfermedades reumatológicas y autoinflamatorias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiebre prolongada</li> <li>• Artralgias/artritis</li> <li>• Exantema</li> <li>• Organomegalias</li> <li>• Serositis</li> </ul>		

**S:** síndrome. **E:** enfermedad. **ECM:** esternocleidomastoideo. **g-i:** gastrointestinales. **EK:** enfermedad de Kawasaki. **SARS-CoV-2:** coronavirus de tipo 2 causante del síndrome respiratorio agudo severo. **SIM-PedS:** Síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico vinculado a SARS-CoV-

2. **COVID-19:** enfermedad por SARS-CoV-2. **LHH/MAS:** linfocitosis hemofagocítica / síndrome de activación macrofágica. **LES:** lupus eritematoso sistémico. **EII:** enfermedad inflamatoria intestinal. **AIJ:** artritis idiopática juvenil. **MNI:** mononucleosis infecciosa.

Estudios complementarios		
Situaciones	Estudios complementarios	
<b>Adenitis bilateral aguda</b> <sup>7</sup>	Sin síntomas generales	No precisan
	Síntomas generales/fiebre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si FAA exudativa:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ TDRA o cultivo de EβHGA en FF</li> <li>○ Si EβHGA negativo o adenopatías generalizadas o hepatoesplenomegalia: descartar VEB (anticuerpos heterófilos o serología)</li> <li>○ Considerar cultivo de FF para <i>Arcanobacterium haemolyticum</i> en adolescentes</li> </ul> </li> </ul>
	Síntomas progresivos/persistentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los mismos que con síntomas generales,</li> </ul> Y además: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemograma, VSG</li> <li>• Bioquímica con PCR y perfil hepático</li> <li>• Serologías VEB <sup>8</sup>, CMV <sup>9</sup>, virus herpes 6 y 7, <i>Mycoplasma</i> spp, parvovirus B19, VIH</li> <li>• Hemocultivo</li> <li>• Prueba de tuberculina (PT) <sup>10</sup> y/o IGRA <sup>11</sup></li> <li>• Otros test serológicos (<i>Toxoplasma</i>, sífilis, brucelosis) según historia clínica y/o exploración.</li> </ul>
<b>Adenitis unilateral aguda</b> <sup>12</sup>	Síntomas leves, <2cm	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No precisa <sup>13</sup></li> </ul>
	Síntomas moderados (fiebre, adenopatía caliente, dolorosa) y/o >2cm	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Test de antígeno EβHGA o/y cultivo de FF</li> <li>• Cultivo de exudado si herida o supuración.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si sospecha de absceso: ecografía</li> <li>• En caso abscesificación: incisión y drenaje: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Tinciones y cultivos (aeróbico y anaeróbico), micobacterias y hongos</li> </ul> </li> <li>• En caso de no mejoría tras tratamiento antibiótico: valorar causas infecciosas poco frecuentes <sup>14</sup> y causas no infecciosas.</li> </ul>
	<p>Síntomas graves (afectación del estado general, fiebre, nódulo fluctuante, celulitis):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingreso.</li> <li>• Descartar EK o SIM-PedS <sup>15</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemograma y extensión de sangre periférica, VSG</li> <li>• Bioquímica con PCR <sup>16</sup></li> <li>• Hemocultivo</li> <li>• Cultivos: FF, exudado/pus</li> <li>• Ecografía</li> <li>• Serologías y otros estudios según sospecha</li> <li>• ECG y ecocardiograma si sospecha de enfermedad de Kawasaki.</li> <li>• Escisión quirúrgica: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Cultivos (bacterias, micobacterias y hongos)</li> <li>◦ Biopsia: histopatología</li> <li>◦ Valorar drenaje si absceso.</li> </ul> </li> <li>• Otras <sup>14</sup></li> </ul>
<p><b>S. adenitis-celulitis</b> en &lt; 3 meses <sup>17</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adenitis submandibular o cervical, eritematosa y dolorosa, asociada a celulitis de la piel suprayacente (facial o submandibular)</li> <li>• Puede asociar otitis media homolateral, bacteriemia (94%) y/o meningitis (24%).</li> </ul>	<p>Ingreso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemograma con recuento leucocitario</li> <li>• Hemocultivo</li> <li>• Punción lumbar.</li> <li>• Otros estudios si sospecha de infección osteoarticular.</li> <li>• Rx de tórax si síntomas respiratorios.</li> <li>• Urocultivo</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemograma, VSG y bioquímica con PCR, LDH, ácido úrico <sup>19</sup></li> <li>• Serología <i>B. henselae</i></li> <li>• PT <sup>10</sup> y/o IGRA <sup>11</sup></li> <li>• Punción aspiración con aguja fina (PAAF)</li> <li>• Rx tórax <sup>20</sup></li> </ul>

<b>Adenitis subagudas unilaterales</b> <sup>18</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otras serologías: (tularemia, <i>Toxoplasma</i>, <i>Y. pestis</i>) <sup>14</sup></li> <li>• Biopsia escisional: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cultivos (bacterias, micobacterias y hongos)</li> <li>○ Histopatología</li> </ul> </li> </ul>
<b>Adenitis subagudas bilaterales</b> <sup>21</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serologías VEB, CMV, VIH, <i>Toxoplasma</i> spp, parvovirus B19, <i>Mycoplasma</i> spp.</li> <li>• PT <sup>10</sup> y/o IGRA <sup>11</sup></li> <li>• Punción aspiración con aguja fina (PAAF)</li> <li>• Rx tórax</li> <li>• Otras serologías: (tularemia, <i>Y. pestis</i>) <sup>14</sup></li> <li>• Biopsia escisional: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cultivos (bacterias, micobacterias y hongos)</li> <li>○ Histopatología</li> </ul> </li> </ul>

**FAA:** faringoamigdalitis aguda. **TRDA:** test rápido de diagnóstico antigénico. **EβHGA:** estreptococo β hemolítico del grupo A. **VEB:** virus de Epstein-Barr. **CMV:** citomegalovirus. **VIH:** virus de la inmunodeficiencia humana. **PT:** prueba de tuberculina. **IGRA:** *Interferon Gamma Release assay*. **VSG:** velocidad de sedimentación globular. **Rx:** radiografía. **PCR:** proteína C reactiva. **SIM-PedS:** Síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico vinculado a SARS-CoV-2. **LDH:** lactato deshidrogenasa.

Indicaciones de derivación urgente al hospital / ingreso
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afectación del estado general</li> <li>• Sospecha de enfermedad tumoral</li> <li>• Disfagia significativa o intolerancia a líquidos o a fármacos por vía oral.</li> <li>• Ausencia de mejoría a las 48-72 horas del tratamiento empírico y diagnóstico incierto</li> <li>• Sospecha de EK <sup>4</sup> o SIM-PedS</li> <li>• Edad menor de tres meses (síndrome adenitis/celulitis) <sup>17</sup></li> <li>• Fiebre elevada en lactantes</li> <li>• Entorno familiar que no garantiza los cuidados, cumplimiento terapéutico y/o vigilancia necesarios</li> <li>• Necesidad de incisión y drenaje</li> <li>• Persiste &gt; 2 cm sin disminución tras el tratamiento antibiótico o al cabo de 2 semanas o si ha aumentado de tamaño.</li> <li>• No está claro el diagnóstico</li> <li>• Más de 4-6 semanas de evolución (pruebas de 3<sup>er</sup> nivel: biopsia).</li> </ul>

Tratamientos antimicrobianos empíricos
--

Situaciones	Tratamiento ambulatorio	Tratamiento hospitalario
Adenitis bilateral aguda	No precisa Resolución espontánea en 7 -10 días	No precisa
Adenitis unilateral aguda Adenopatía acompañada de signos inflamatorios Adenopatías > 3 cm	Valorar drenaje (si absceso) Tratamiento 1ª elección: Cefadroxilo, VO Tratamiento alternativo: Cloxacilina, VO Tratamiento en alergia a betalactámicos: Clindamicina, VO Sospecha SARM: Clindamicina, VO TMP-SMX, VO Si afectación periodontal: Amoxicilina-clavulánico, VO	Valorar drenaje (si absceso) Tratamiento 1ª elección Cefazolina, IV Cloxacilina IV Clindamicina, IV Si afectación periodontal: Amoxicilina-clavulánico, IV
Adenitis subaguda bilateral	Precisa estudio previo antes de tratar	Precisa estudio previo antes de tratar
Adenitis subaguda unilateral	Precisa estudio previo antes de tratar	Precisa estudio previo antes de tratar

**VO:** vía oral. **IV:** intravenoso. **SARM:** *S. aureus* resistente a meticilina

Tratamientos específico	
Etiología/Cuadro clínico	Actitud terapéutica
Virus	No precisan tratamiento salvo en pacientes inmunocomprometidos
Adenitis bacteriana aguda	Tratamiento antibiótico en función de cultivo y antibiograma, si precisa se cambia el empírico utilizado.
Síndrome celulitis-adenitis <sup>17</sup>	Ingreso hospitalario Cefotaxima
Enfermedad por arañazo de gato <sup>18</sup>	Curación espontánea en la mayoría de los casos en 1-3 meses Paciente con clínica sistémica o inmunocomprometidos: azitromicina
Adenitis por micobacterias no tuberculosas <sup>18</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>De elección: Exéresis completa (evita aparición de fístula). La exéresis parcial o el drenaje puede aumentar el riesgo de fistulizar.</li> <li>Tratamiento médico en caso de: Fistulas múltiples Adenopatías bilaterales Alto riesgo quirúrgico Recidiva tras exéresis</li> </ul> <p>Se utilizan 2 antibióticos:</p>

Tratamientos específico	
Etiología/Cuadro clínico	Actitud terapéutica
	<p>Macrólido (azitromicina o claritromicina) + rifabutina o etambutol o ciprofloxacino</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observación, en adenopatía unilateral &lt; 2 cm</li> </ul>
Toxoplasmosis <sup>18</sup>	No tratamiento salvo en pacientes inmunocomprometidos
Tuberculosis ganglionar o escrófula <sup>21</sup>	De entrada 4 fármacos hasta conocer sensibilidad: Isoniacida, etambutol, rifampicina, pirazinamida Si todos sensibles se suspenderá el etambutol
Tratamiento antimicrobiano empírico; dosis y duración	
<b>Dosis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amoxicilina/clavulánico <sup>22</sup>: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ VO: 40 mg/kg/día (de amoxicilina), cada 8 horas.</li> <li>○ IV: 100 mg/kg/día (de amoxicilina), cada 6-8 horas.</li> </ul> </li> <li>• Azitromicina, VO: 10 mg/kg/día, cada 24 horas.</li> <li>• Cefadroxilo, VO: 30 mg/kg/día, cada 12 horas.</li> <li>• Cefalexina, VO: 25-50 mg/kg/día, cada 6-8 horas.</li> <li>• Cefazolina, IV: 50-100 mg/kg/día, cada 8 horas.</li> <li>• Cefotaxima, IV: 200mg/kg/día, cada 6-8 horas.</li> <li>• Claritromicina, VO: 15 mg/kg/día, cada 12 horas.</li> <li>• Clindamicina: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ VO: 30 mg/kg/día, cada 6-8 horas.</li> <li>○ IV: 40 mg/kg/día, cada 6-8 horas.</li> </ul> </li> <li>• Cloxacilina, VO, IV: 50-100 mg/kg/día, cada 6 horas.</li> <li>• Ciprofloxacino, VO: 20-30 mg/kg/día, cada 12 horas (máximo 750 mg/dosis).</li> <li>• Cotrimoxazol (TMP-SMX): VO: 4-6 mg/kg/día, c/12 h 10 días (máx 160mg trimetroprim/800 mg sulfametoxazol/día)</li> <li>• Isoniacida, VO: 10-20 mg/kg/días, cada 24 horas (máximo 300mg/día).</li> <li>• Etambutol, VO: 15-25 mg/kg/día, cada 24 horas (máximo 2,5 g/dosis).</li> <li>• Pirazinamida, VO: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ &lt;15 años o &lt;40kg: 30-40 mg/kg/día, cada 24 horas (máximo 2 g/día).</li> <li>○ &gt;15 años o &gt;40kg: 15-30 mg/kg/día, cada 24 horas (máximo 3 g/día).</li> </ul> </li> <li>• Rifabutina, VO: 5 mg/kg/día, cada 24 horas (Off-label en niños)</li> <li>• Rifampicina, VO: 15 mg/kg/día, cada 24 horas (máximo 600 mg/día)</li> </ul>
<b>Duración</b>	<p>Adenitis bacteriana aguda: 10-14 días  Enfermedad por arañazo de gato: 5 días  Adenitis por micobacterias no tuberculosas, sin exéresis, tratamiento antibacteriano 3-6 meses</p>

## Referencias bibliográficas

- Martínez Chamorro MJ, Albañil Ballesteros R, Cocho Gómez P. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Adenopatías cervicales. AEPap. 2016. [Fecha de acceso 07 feb 2023]. Disponible en: [www.algoritmos.aepap.org](http://www.algoritmos.aepap.org)
- Cocho Gómez P, Albañil Ballesteros MR, Martínez Chamorro MJ. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Adenopatías generalizadas. AEPap. 2016. [Fecha de acceso 07 feb 2023]. Disponible en: [www.algoritmos.aepap.org](http://www.algoritmos.aepap.org)
- Ares Álvarez J, Lupiani Castellanos MP. Avanzando en patología infecciosa desde la consulta de Atención Primaria. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2018. Madrid: Lua Ediciones 3.0; 2018. p.159-78.
- Healy KL. Cervical Lymphadenopathy in children: Etiology and clinical manifestations. [Fecha de acceso 07 feb 2023]. Disponible en: UpToDate. [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- Healy CM, Edwards MS. Cervical Lymphadenopathy in children: Diagnostic approach and initial management. [Fecha de acceso 01 mar 2022]. Disponible en: UpToDate. [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com).
- Healy CM. Cervical lymphadenitis in children: Etiology and clinical manifestations. [Fecha de acceso 01 mar 2022]. Disponible en: UpToDate. [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- Healy CM, Baker CJ. Cervical lymphadenitis. In: Feigin and Cherry's Textbook of Pediatric Infectious Diseases, 8th ed, Cherry JD, Harrison G, Kaplan SL, et al (Eds). Philadelphia: Elsevier; 2018. P.124-33.e2
- Manthiram K. Periodic fever with aphthous stomatitis, pharyngitis, and adenitis (PFAPA syndrome). [Fecha de acceso 10 mar 2023]. Disponible en: UpToDate. [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com).
- Sánchez-Manubens J. Enfermedad de Kawasaki. Protoc diagn ter pediutr. 2020;2:213-224.
- Benot-López S, Aguilera-Cobos L, Molina-Linde JM. Protocolo de manejo y atención a la enfermedad de Kawasaki. Sevilla: AETSA, Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021.
- Son MBF, Friedman K. COVID-19: Multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C) clinical features, evaluation and diagnosis. [Fecha de acceso 10 mar 2022]. Disponible en: UpToDate. [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com).
- Roberts JE et al. Differentiating multisystem inflammatory syndrome in children: a single-centre retrospective cohort study. Arch Dis Child. 2022;107:e3.
- Martínez-Planas A, Baquero-Artigao F, Santiago B, et al. Interferon-Gamma Release Assays Differentiate between Mycobacterium avium Complex and Tuberculous Lymphadenitis in Children. J Pediatr 2021;236:211-18.e2.
- Núñez Cuadros E, Baquero Artigao F y Grupo de trabajo sobre infección por micobacterias no tuberculosas de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). Recomendaciones de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica sobre el diagnóstico y tratamiento de las adenitis por micobacterias no tuberculosas. An Pediatr (Barc). 2012;77:208.e1-208.e12
- Griffith DE et al. An official ATS/IDSA statement: diagnosis, treatment, and prevention of nontuberculous mycobacterial diseases. Am J Respir Crit Care Med 2007;175:367-416.
- Rivero Calle I, Alfayate Miguélez S. Mantoux e IGRAs (v1/2021). En Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. [Fecha de acceso 10 marzo 2022]. Disponible en <http://www.guia-abe.es>

- Del Rosal Rabes T, Baquero Artiago F. Adenitis Cervical. *Pediatr Integral* 2018;XXII:307-15.
- Escapa-Garrachón J, et al. Tratamiento de adenopatías cervicales secundarias a tularemia orofaríngea. Nuestra experiencia en 8 pacientes. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2009;60:54-8.

## Notas aclaratorias

### 1. Causas no infecciosas de adenopatías en niños:

- Neoplasias: leucemia, linfoma, rhabdomyosarcoma, cáncer tiroideo. Las adenopatías debidas a leucemia o linfoma suelen ser persistentes o progresivas, no dolorosas y pueden asociarse a adenopatías generalizadas o síntomas constitucionales (fiebre, pérdida de peso, cansancio).
- Enfermedades reumatológicas: artritis juvenil idiopática, lupus eritematoso sistémico.
- Fármacos: fenitoína, carbamazepina.
- Otras:
  - Síndrome PFAPA (Periodic Fever, Adenopathy, Pharyngitis and Aphthae)
  - Enfermedad de Kawasaki
  - Histiocitosis de células de Langerhans
  - Linfocitosis histiocítica hemofagocítica
  - Enfermedad de Kikuchi
  - Enfermedad de Castleman
  - Enfermedad de Kimura
  - Sarcoidosis
  - Postvacunación: sobre todo después de vacunas difteria-tétanos-tosferina, polio o fiebre tifoidea.

**2. Procesos que simulan adenopatías:** Los más frecuentes son las anomalías congénitas. Algunos de los más frecuentes y algunas de sus características diferenciales con las adenopatías:

- Parotiditis y otros procesos parotídeos (infecciones, litiasis, tumores): cruzan la rama de la mandíbula, las adenopatías no.
- Higroma quístico: presenta transluminación positiva.
- Quistes del arco branquial: suelen presentar hoyuelos o depresiones en la piel suprayacente.
- Quistes del conducto tirogloso: se encuentran en la línea media y se mueven al tragar.
- Quistes dermoides: también están en la línea media pero no se desplazan al tragar.
- Costilla cervical: tiene una consistencia dura, ósea y el diagnóstico es radiológico.
- Tortícolis muscular congénito
- Laringoceles: aparece o se exagera con el llanto
- Teratoma
- Quistes de timo
- Nódulo tiroideo, bocio
- Lipoma
- Quiste sebáceo / pilomatrixoma
- Fibroma, neurofibroma

- Tumor del corpúsculo carotídeo
- Tumores del mediastino superior: aparecen o se exacerban con el llanto.
- Flebectasia de la vena yugular: aparecen o se exacerban con el llanto.

3. **Síndrome PFAPA.** Enfermedad autoinflamatoria de presentación en niños menores de 5 años. Cursa con episodios periódicos (cada 3 a 8 semanas) de 4 o 5 días de duración. Se acompaña de elevación de reactantes de fase aguda. Hay mejoría clínica significativa con prednisona y una pobre respuesta a los antiinflamatorios no esteroideos (AINES). Hay una predisposición familiar. Entre los brotes no hay síntomas, el crecimiento y desarrollo son normales y la evolución es benigna, con desaparición de los episodios en general antes de los 10 años de edad. Pueden asociarse otros síntomas como dolor abdominal, diarrea, vómitos, dolor torácico, artritis o cefaleas. Si alguno es el síntoma principal hay que descartar otros síndromes febriles autoinflamatorios hereditarios por lo que deben ser remitidos a reumatología.

4. **Enfermedad de Kawasaki.** La ecografía o la tomografía computarizada pueden ser útiles para el diagnóstico de la adenopatía ya que el aspecto es diferente de la adenitis bacteriana. Hay elevación de reactantes de fase aguda (VSG, PCR). El diagnóstico es clínico. En las formas incompletas (más frecuentes en lactantes) también se tienen en cuenta alteraciones analíticas y/o ecocardiográfica: se considera incompleta si el paciente presenta al menos cinco días de fiebre junto con dos o tres criterios clínicos de EK clásica o al menos siete días de fiebre sin otra explicación y alteración ecocardiográfica o criterios de laboratorio que apoyen el diagnóstico (PCR  $\geq 3$  mg/dl o VSG  $\geq 40$  mm/h junto con  $\geq 3$  criterios suplementarios: anemia, recuento plaquetario tras siete días de fiebre  $\geq 450.000/\mu\text{l}$ , albúmina  $< 3$  g/dl, elevación de la alanina aminotransferasa, leucocitos  $\geq 15.000/\text{mm}^3$  y orina  $\geq 10$  leucocitos/campo). Se precisa la administración de gammaglobulina iv para prevenir la aparición de aneurismas coronarios (25% de los casos no tratados).

5. La existencia de adenopatías generalizadas y/o esplenomegalia sugieren otros diagnósticos.

6. No duras ni adheridas a planos profundos ni de crecimiento rápido

7. **Adenitis aguda bilateral.** Es la forma de presentación más frecuente de las adenopatías cervicales en los niños y suelen ser reactivas a infecciones por virus respiratorios. Algunos virus (VEB, CMV, virus herpes 6 y 7, parvovirus B 19) pueden producir síndromes mononucleósicos, con faringoamigdalitis, fiebre y poliadenopatías, a veces generalizadas y de evolución subaguda. Con menos frecuencia se pueden deber a *S. pyogenes* o *Mycoplasma pneumoniae* y, en inmunodeprimidos (SIDA) a sarcoma de Kaposi, linfoma de efusión primaria o enfermedad de Castleman multicéntrica. Los ganglios suelen ser no muy grandes, móviles, bien delimitados, con pocos signos inflamatorios y no supurativos.

8. **Infección por virus de Epstein-Barr (VEB): Mononucleosis infecciosa (MNI):** Fiebre, faringoamigdalitis aguda exudativa y adenopatías (95% de los casos). Suelen ser cervicales bilaterales, aunque pueden ser generalizadas y/o asociar hepatoesplenomegalia (75%). Los ganglios más afectados son la cadena cervical posterior seguida de la cadena cervical anterior.

9. **CMV:** Síndrome mononucleósico, similar a la MNI por VEB, aunque es más frecuente en niños  $< 4$  años. Hay adenopatías cervicales en el 75%.

10. **Prueba tuberculina / Mantoux:** En España se utiliza la tuberculina PPD RT-23, estabilizada con Tween 80, en una dosis de 2 U, es decir 0,1 mL, que es la bioequivalente a la dosis recomendada de la tuberculina patrón PPD-S (5 U). Mediante intradermoreacción de Mantoux.

11. **IGRA** (QuantiFERON® o T-SPOT.TB®): miden la producción de interferón gamma por linfocitos T estimulados por antígenos más específicos de *M. tuberculosis* que no tienen reacción cruzada con la mayoría de las micobacterias no tuberculosas (MNT) ni resultan afectados por la vacunación BCG, por lo que tienen una mayor especificidad para el diagnóstico de tuberculosis.

12. **Adenopatías cervicales agudas unilaterales.** En general causadas por EβHGA, *S. aureus* o bacterias anaerobias (en casos de inadecuada higiene oral o enfermedad periodontal, sobre todo en niños mayores o adolescentes). Las adenopatías por EβHGA o *S. aureus* son dolorosas, mal delimitadas, poco móviles, grandes (2-6 cm) y de curso agudo ( $\geq 5$  días), pudiendo evolucionar a un absceso (10-25%). La piel suprayacente suele estar caliente y eritematosa. Puede haber síntomas sistémicos o incluso bacteriemia o focos metastásicos de infección. La infección por anaerobios puede dar lugar a tromboflebitis séptica de la vena yugular, émbolos pulmonares sépticos e infección del sistema nervioso central (S. de Lemierre). Las adenitis estafilocócicas, estreptocócicas o por anaerobios son clínicamente indistinguibles, aunque si existe supuración sugiere etiología estafilocócica.

13. Benignas y de curso autolimitado: disminuyen al cabo de unos días, 2 semanas como máximo y se resuelven en un máximo de 3-4 semanas. Delimitar con precisión (a ser posible medir con una regla) el tamaño de la adenopatía para seguimiento clínico.

14. La historia debe ser revisada, con especial atención a las siguientes condiciones:

- **Tularemia** (*Francisella tularensis*): Antecedente de contacto con animales enfermos, directo o por ingestión de carne poco cocinada o picadura de insectos. Las adenopatías (forma de presentación más frecuente), suelen ser cervicales, aunque también pueden ser generalizadas. La piel suprayacente puede estar inflamada y haber fistulización. A veces hay afectación ocular (síndrome oculoglandular). El diagnóstico es por cultivo (muestras muy contagiosas), serología o PCR. Si las pruebas serológicas iniciales son negativas, se pueden repetir ya que la seroconversión se produce entre 10 y 20 días después de la infección.
- Alfa estreptococos, asociados a lesiones orales.
- *Pasteurella multocida*
- *Yersinia pestis*
- *Yersinia enterocolitica*
- Bacilos gramnegativos: asociados a antecedentes de infecciones de oído, nariz y faringe. El aislamiento de bacilos gramnegativos (por ejemplo, *Serratia* spp) debe hacer pensar en una inmunodeficiencia subyacente.
- Ántrax

15. Dada la importancia del tratamiento precoz, la enfermedad de Kawasaki y el SIM-PedS deben considerarse tempranamente en la evaluación de los niños con linfadenitis cervical aguda y síntomas graves. Deben sospecharse en niños con linfadenitis cervical aguda y fiebre persistente, mala apariencia, shock, disfunción miocárdica o síntomas gastrointestinales asociados.

16. La VSG y/o la PCR pueden ser útiles para monitorizar el curso de la infección y tomar decisiones sobre el cambio de la terapia antimicrobiana parenteral a la oral.

17. **Síndrome adenitis-celulitis:** Los afectados suelen ser varones entre 2 semanas y 3 meses, con fiebre, irritabilidad y afectación del estado general. La adenitis es submandibular/cervical, eritematosa y dolorosa, asociada a celulitis de la piel suprayacente (facial o submandibular). Se considera una forma tardía de infección por EβHGB neonatal. El diagnóstico se realiza mediante punción-aspiración con aguja fina (PAAF) y requiere ingreso hospitalario y antibioterapia parenteral.

18. **Adenopatías subagudas unilaterales:** las causas suelen ser enfermedad por arañazo de gato, micobacterias atípicas o enfermedades malignas

- **Enf. arañazo de gato:** Agente: *B. henselae*. Antecedente de contacto con crías de gato y arañazo o contacto con mucosas varias semanas antes. Puede haber una pápula de inoculación. La adenopatía es regional, siendo la localización más frecuente axilar (52%) y cervical (28%). También puede ser supraclavicular o epitroclear. Es de tamaño grande (con frecuencia >4 cm), poco dolorosa, sin signos inflamatorios, aunque a veces evoluciona a supuración (30-50%). Síntomas sistémicos leves (fiebre) y poco frecuentes. El diagnóstico es por serología.
- **Micobacterias no tuberculosas o atípicas.** Los agentes más frecuentes son *Mycobacterium avium complex* y *M. scrofulaceum*. Se presentan en niños pequeños, con máxima frecuencia entre los 1 y 5 años. La adenopatía suele ser submandibular, de tamaño moderado. La piel suprayacente adquiere un color violáceo y se adelgaza. Evolucionan hacia fluctuación (50%) y la aparición de fístulas (10%). No es dolorosa y no suele haber síntomas sistémicos o son leves. No hay antecedentes de contacto con tuberculosis, la Rx de tórax y VSG suelen ser normales y la prueba de tuberculina en caso de ser positiva (20-60%) es < 15 mm (entre 5-9 mm).
- **Toxoplasmosis:** Se transmite mediante el contacto con gatos o por ingesta de carne cruda o poco cocinada. La infección es sintomática solamente en el 10% de los infectados: adenitis cervicales, cansancio, mialgias, no suele haber fiebre. Las adenopatías suelen ser bien definidas, no muy grandes (< 3 cm), sin tendencia a la supuración ni signos inflamatorios locales. La localización más frecuente es cervical, pero también pueden ser supraclaviculares, axilares, inguinales o incluso mediastínica. También pueden ser generalizadas.

19:

- Hemograma, frotis sanguíneo, VSG y PCR: pueden aportar información sobre la inflamación, la supresión o infiltración de la médula ósea y la afectación sistémica. Ácido úrico y LDH deshidrogenasa láctica: si están elevadas sugieren malignidad.

20. Rx tórax: Realizar si se sospecha tuberculosis.

21. Síndromes mononucleósicos o tuberculosis (TB) son las causas más frecuentes

- **Tuberculosis ganglionar o escrófula.** Antecedente de exposición a TB frecuente. Las adenopatías son una parte del complejo primario tuberculoso. Suelen ser grandes, gomosas, no dolorosas y de localización cervical más baja que las no-TBC. Con frecuencia son bilaterales, aunque pueden predominar en el lado derecho. Raramente son generalizadas (si

hay diseminación hematológica). Raramente fluctúan o producen supuración crónica. A veces presentar sobreinfección bacteriana. Puede haber fiebre y otros síntomas sistémicos. La prueba de la tuberculina y los IGRAs son positivos (Mantoux con frecuencia > 15 mm) y la VSG elevada. La Rx tórax presenta lesiones de TB pulmonar en el 30-70 % de los casos. Los signos y síntomas de las adenitis por micobacterias no-TB y TB pueden ser indistinguibles.

22. Amoxicilina/ácido clavulánico: por vía oral utilizar la formulación 4:1, por vía intravenosa la formulación 10:1.

Notas: la *Guía ABE* se actualiza al menos 1 vez al año. Próxima revisión prevista en el segundo semestre de 2007. 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.

[①] Más información en: <http://infodoctor.org/gipi/>

[✉] Comentarios y sugerencias en: [laguiaabe@gmail.com](mailto:laguiaabe@gmail.com)

Con la colaboración de:

el gipi



[©] Guía\_ABE, 2007. ISBN: 978-84-95028-65-5