

# ADENITIS CERVICAL UNILATERAL AGUDA: MISMA ENTIDAD, DIFERENTES PRESENTACIONES

FJ. Castillo Ferrer<sup>1</sup>, E. Murt Munne<sup>1</sup>, Z. Espinel Padrón<sup>2</sup>, I. Melián Domínguez<sup>2</sup>, M. Rico Santori<sup>1</sup>, S. Pavlovic Nestic<sup>2</sup>.

1. Médico Interno Residente. 2. Médico Adjunto. Servicio de Urgencias Pediátricas.

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria



## INTRODUCCIÓN

- Las adenopatías cervicales constituyen un motivo frecuente de consulta en los servicios de urgencias, siendo la adenitis aguda bilateral la más frecuente.
- La **adenitis aguda unilateral** se relaciona principalmente con infecciones bacterianas, siendo el *Streptococcus pyogenes* y el *Staphylococcus aureus* las bacterias más frecuentemente aisladas. Es necesario cubrir gérmenes anaerobios si hay enfermedad odontológica asociada y el *Streptococcus agalactiae* en neonatos y menores de 3 meses.

## METODOLOGÍA Y RESULTADOS

Se describen 3 casos de adenopatías cervicales unilaterales agudas:

**Caso 1:** lactante mujer 23 meses, acude por tumefacción en cuello de 2 horas de evolución, acompañada de fiebre de 18 horas.

**Exploración:** bultoma cervical de 1.5 x 2 cm, con eritema y dolor a la palpación.

**Pruebas complementarias:**

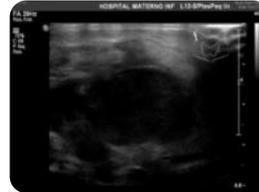
**Hemograma:** Leucocitos 24.500 (74%N, 20%L). **PCR** 12.67mg/dL **PCT** 0.46ng/mL.

**Ecografía:** linfadenitis cervical derecha con adenoflemon incipiente.

Se inicia tratamiento empírico con amoxicilina - ácido clavulánico IV.

**Hemocultivo:** se aisló *S.pyogenes*; por el antibiograma se sustituyó por Penicilina G sódica parenteral y Clindamicina IV.

Por persistencia de la adenopatía tras 11 días de tratamiento se realizó TAC, objetivándose absceso cervical que generaba colapso parcial de la vena yugular interna, procediéndose al drenaje quirúrgico.



**Caso 2:** preescolar varón 4 años, acude por 3 días de evolución de limitación de la movilidad del cuello y bultoma lateral derecho asociado a fiebre alta las últimas 24 horas. **Exploración:** dolor a la palpación en ángulo submandibular derecho con bultoma empastado de límites no definidos, caliente, no eritematoso.

**Pruebas complementarias: Hemograma:** Leucocitos 19.100 (85%N, 7%L).

**PCR:** 6.69mg/dL; **PCT** 0.13ng/mL. **Ecografía:** conglomerado adenopático laterocervical derecho sin áreas flemonosas.

Se inició tratamiento empírico con Cefotaxima. **Hemocultivo:** negativo. Tras 8 días de tratamiento se resolvió el cuadro.

**Caso 3:** lactante varón 24 meses, había acudido la semana previa al servicio y dado de alta con el diagnóstico de adenoflemon tratado con amoxicilina-clavulánico. Por empeoramiento clínico recidió tras 7 días de tratamiento domiciliario.

**Pruebas complementarias: Hemograma** Leucocitos 28.000 (65%N, 24%L).

**PCR** 4,49mg/dL. **Ecografía:** área flemonosa de 53x20mm en ángulo mandibular izquierdo en relación con adenoflemon que ha aumentado de tamaño respecto estudio previo.

Ingresó con Penicilina G sódica parenteral y Clindamicina IV.

**Hemocultivo** negativo. Tras 13 días de tratamiento mejoría clínica.

## CONCLUSIÓN

Para el **manejo de la adenitis aguda unilateral**, relacionada principalmente con infecciones bacterianas, se recomienda **tratamiento antibiótico empírico precoz para evitar complicaciones**. En ocasiones es necesario recurrir al drenaje quirúrgico para su resolución.