

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE LA LINFADENITIS POR MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS (MNTB)

Sección de Enfermedades Infecciosas
Unidad de Cirugía Plástica Infantil
Daniel Blázquez Gamero. Actualizado Junio 2015

INTRODUCCIÓN:

La linfadenitis es la forma de presentación más frecuente de la infección por micobacterias atípicas en la infancia. Son los niños de corta edad los que más frecuentemente se infectan, por su tendencia a llevarse objetos a la boca.¹ En los últimos años se ha observado un incremento de los casos de linfadenitis por micobacterias atípicas con un descenso parejo de las adenitis tuberculosas².

ETIOLOGÍA:

M. avium es la especie más frecuentemente aislada (70-80%) aunque *M. scrofulaceum* (la especie más frecuentemente aislada hasta los años 70), *M. chelonae* o *M. haemophilum* (que se le relaciona con afectación poliganglionar) también son responsables de este cuadro. En los últimos años *M. lentiflavum* se ha convertido en una de las etiologías más frecuentes en nuestro medio.

CLÍNICA:

Suele presentarse en menores de 5 años, inmunocompetentes, como una masa indolora y dura, única (en la mayoría de los casos, aunque también puede ser bilateral) de semanas o meses de evolución, en la región submaxilar, laterocervical anterior, preauricular o preparotidea. Afectación bilateral en el 5% de los casos. No suelen aparecer en zona axilar o inguinal (aunque hay casos descritos). Una localización característica de las adenitis TBC es la zona supraclavicular. El desarrollo es progresivo, normalmente con semanas o meses de evolución. No suele presentar síntomas constitucionales (a diferencia de TBC), aunque se ha descrito fiebre en un pequeño porcentaje de los casos, acompañando a la aparición de la adenopatía. La piel suprayacente puede tornarse violácea, llegando incluso a fistulizar, drenando material caseoso.

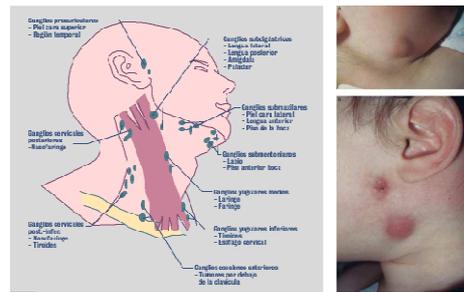


Figura 1. Ocasos ganglios no cervicales.

DIAGNÓSTICO:

Una vez descartadas el resto de patologías que ocasionan adenitis (hematooncológicas, virales (Sd. mononucleósido, Adenovirus, VIH), bacterianas (Estafilococos/Estreptococos, Brucella), por protozoos (Toxoplasma, Leishmania), Hongos (Histoplasmosis, Coccidiomicosis) y reumáticas (Kawasaki, otras enf

reumáticas), el principal dx diferencial debe hacerse con la **Enfermedad por arañazo de gato** (*B. henselae*) y la **adenitis por TBC**. Es primordial una correcta anamnesis de contacto con gatos y de contactos con TBC para establecer el diagnóstico.

En todo niño con sospecha de linfadenitis por micobacterias atípicas se debe solicitar.

- ⊕ Sistemático de sangre
- ⊕ Bioquímica con VSG
- ⊕ Rx Tórax
- ⊕ Mantoux
- ⊕ Quantiferon o Elispot (si existen dudas con TBC)
- ⊕ Sólo se debe solicitar el estudio inmunológico se presenta un cuadro atípico: fiebre elevada, infección diseminada, afectación ósea o de otros órganos

La **Rx de tórax** es habitualmente normal, a diferencia de lo que ocurre en la linfadenitis tuberculosa. Pueden existir adenopatías hiliares similares a las que presenta la TB en el caso de los pacientes inmunodeprimidos.

El **mantoux** es habitualmente menor de 10 mm, aunque en algunos estudios más del 25% tienen un mantoux de más de 10 mm³. Algunos autores sostienen que microorganismos como el *M. marinum* y **M.kansasii** pueden presentar un mantoux parecido al del *M. tuberculosis*.⁴

El **Test del quantiferon** o el **Elispot** nos pueden ayudar al diagnóstico diferencial entre TB y MNTB (micobacterias no tuberculosas). Presentan una gran especificidad en los ensayos clínicos realizados en niños con adenitis por MNTB⁵. *Mycobacterium kansasii*, *Mycobacterium marinum* y *Mycobacterium szulgai* pueden presentar un resultado positivo en el quantiferon.

En la **PAAF** o en la **Biopsia** aparecen granulomas, necrosis y células gigantes. La presencia de BAAR en estas muestras suele ser baja (20% Baquero)

El **cultivo** realizado a partir de las muestras de PAAF, Biopsia y material drenado es relativamente bajo (en torno al 50%).

Los **criterios diagnósticos de Adenitis por Micobacterias atípicas** son:

1. Aislamiento mediante cultivos o PCR del microorganismo, ó
2. Baciloscopia positiva en muestra y/o estudio histológico compatible (granulomas, necrosis, células gigantes) cumpliendo TODOS los siguientes criterios:
 - a) Mantoux menor de 15 mm
 - b) Rx Tórax normal (Salvo en ID)
 - c) Ausencia de contacto TBC
 - d) Exclusión de otras causas de adenitis granulomatosa (Enf arañazo de gato)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON ADENITIS TB:

Más frecuente en TBC:

Contacto TBC
> 5 años
Adenopatía cervical posterior o
supraclavicular o bilateral
Síntomas constitucionales
Rx Tórax alterada
Mantoux >15 mm

TRATAMIENTO:

Existe un amplio debate sobre el tratamiento de elección de las adenitis por MNTB. Las dos opciones mayoritarias son la exéresis quirúrgica precoz o la no intervención de la adenopatía. En un estudio multicéntrico y randomizado la tasa de curación tras la exéresis quirúrgica fue del 96% frente al 66% de curación tras tratamiento antibiótico con claritromicina y rifabutina durante 6 meses⁶. El 14% de los pacientes presentaron lesión del facial (14%) que, salvo en 1 caso, fue transitoria. En una revisión de 510 casos de escisión quirúrgica sólo presentaron lesión del facial el 2%, siendo permanente en un único caso.⁷

Las tasas de curación de otros estudios coinciden en cifras de curación en torno al 60% de los pacientes tratados inicialmente con antibioterapia.

En cuanto a la pauta antibiótica de elección no existe consenso ni en la combinación de ATB a utilizar ni en la duración del tratamiento. Se ha demostrado la utilidad de los macrólidos en el tratamiento de las adenitis por MNTB, asociados a otros fármacos (principalmente cirpofloxacino, rifabutina o etambutol).

Otros investigadores proponen no realizar ningún procedimiento y dejar la adenopatía en su evolución natural, aunque en nuestro medio existe poca evidencia de esta opción.

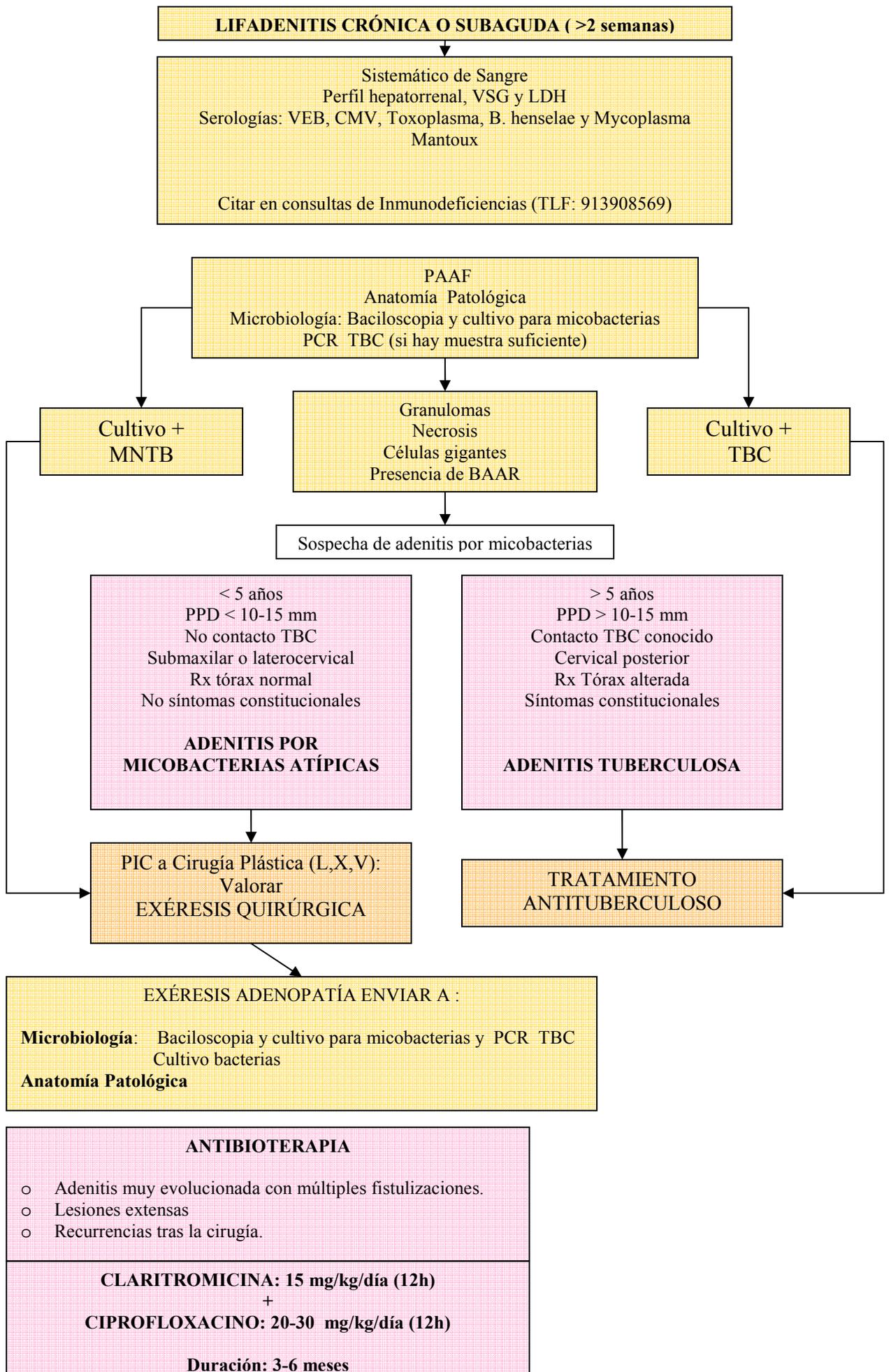
Indicaciones relativas de tratamiento ATB:

- Cuando la exéresis completa no sea posible
 - Localización anatómica complicada (Lesión del facial)
 - Lesiones extensas y/o bilateral
- Recurrencias tras la cirugía.
- Adenitis muy evolucionada con múltiples fistulizaciones.

TRATAMIENTO RECOMENDADO:

CLARITROMICINA: 15 mg/kg/día (12h)
+
CIPROFLOXACINO: 20mg/kg/día (12h)

Duración: 3-6 meses



Bibliografía:

- ¹F.J. Sanz Santaefemia, J.T. Ramos Amador Utilidad de antibioticoterapia asociada a cirugía en el tratamiento de adenopatías por micobacterias no tuberculosas. *An Pediatr (Barc)* 2005;62(3):282-5
- ² A. Méndez Echevarría, F. Baquero Artigao .Adenitis por micobacterias no tuberculosas. *An Pediatr (Barc)*. 2007;66(3):254-9.
- ³ Coulter. B, Lloyd.D. Nontuberculous mycobacterial adenitis: Effectiveness of chemotherapy following incomplete escisión. *Acta Pædiatrica*, 2006; 95: 182_/188
- ⁴ Huebner RE, Schein MF, Cauthen GM, Geiter LJ, O'Brien RJ. Usefulness of skin test with mycobacterial antigens in children with cervical lymphadenopathy. *Pediatr Infect Dis J*. 1992;11:450-6.
- ⁵ Detjen AK, Keil T, Roll S, Hauer B, Mauch H, Wahn U, Magdorf K Interferon-gamma release assays improve the diagnosis of tuberculosis and nontuberculous mycobacterial disease in children in a country with a low incidence of tuberculosis. *Clin Infect Dis*. 2007 Aug 1;45(3):322-8. Epub 2007 Jun 15.
- ⁶ Lindeboom JA, Kuijper EJ, Bruijnesteijn van Coppenraet ES.Surgical excision versus antibiotic treatment for nontuberculous mycobacterial cervicofacial lymphadenitis in children: a multicenter, randomized, controlled trial. *Clin Infect Dis*. 2007 Apr 15;44(8):1057-64. Epub 2007 Mar 2.
- ⁷ Flint. D, Mahadevan. M.Cervical lymphadenitis due to non-tuberculous mycobacteria: surgical treatment and review. *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol*. 53 (2000) 187-194.