

CASOS CLÍNICOS EN PATOLOGÍA INFECCIOSA: CLÁSICOS, EMERGENTES Y REEMERGENTES

Pilar Lupiani Castellanos

Pediatra AP. Pertenciente GPI

UGC Joaquín Pece. San Fernando.

Cádiz.

19º **congreso**
actualización
pediatría 2023

fPS
Fundación Pediatría y Salud



AEPap
Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria



Declaración de potenciales conflictos de intereses

Pilar Lupiani Castellanos

**No tengo potenciales conflictos de intereses en
este tema**



ADENOPATÍAS: UNA PATOLOGÍA CLÁSICA



ADENOPATIA

Aumento del tamaño o alteración de la consistencia de un ganglio linfático.

Hasta un 50% de los niños sanos las pueden presentar.

Son causa de valoración urgente del paciente, por angustia familiar.



Criterios patológicos son:

- La consistencia pétrea.
- La adherencia a planos profundos.
- Los bordes irregulares.
- La ulceración de la piel superficial.



Se consideran tamaños patológicos:

- Cervicales >1 cm de diámetro mayor.
- A nivel inguinal $>1,5$ cm.
- Las claviculares y las epitrocleares de cualquier tamaño.
- En neonatos $>0,5$ cm de cualquier localización, siempre patológicas.



La causa más frecuente del aumento del tamaño ganglionar es la infección local o sistémica.

El aumento del tamaño ganglionar se produce por una hiperplasia funcional.

Tras el cese del estímulo y la recuperación clínica, la parte celular del ganglio vuelve a su tamaño habitual, pero el estroma no, por lo que pueden seguir siendo palpables.



- Las **infecciosas** suelen ser blandas, fluctuantes, dolorosas a la palpación y no adheridas a planos profundos, la piel superficial puede estar eritematosa y caliente.
- Las **neoplásicas** son duras, no suelen doler a la palpación y suelen estar adheridas a planos profundos.
- Algunas **fistulizan**, siendo frecuente en las de origen tuberculoso o por micobacterias.



Pruebas complementarias

Primer nivel (Atención primaria)	Segundo nivel (Atención primaria/hospitalaria)	Tercer nivel (Nivel hospitalario)
<ul style="list-style-type: none"> Hemograma y VSG Extensión de sangre periférica si es precisa. 	<ul style="list-style-type: none"> Repetir hemograma, extensión de sangre periférica y bioquímica completa, con PCR y VSG 	<ul style="list-style-type: none"> Hemocultivo (en pico febril)
<ul style="list-style-type: none"> Bioquímica: PCR, LDH, ácido úrico, transaminasas 	<ul style="list-style-type: none"> Prueba de tuberculina / IGRA Cultivo de esputo 	<ul style="list-style-type: none"> Biopsia escisional: <ul style="list-style-type: none"> Ganglio/s Médula ósea
<ul style="list-style-type: none"> Cultivo de FF o TRDA estreptococo βHGA Cultivo exudado cutáneo/pus Serologías CMV, VEB. Serologías dirigidas: Toxoplasma spp. HIV, parvovirus b19, herpes visus 6,7,8 Mycoplasma spp, Bartonella spp, tularemia, sífilis, Y. pestis 	Ecografía: <ul style="list-style-type: none"> Diámetro y morfología Diagnóstico diferencial con otras lesiones Si hay sospecha de absceso 	<ul style="list-style-type: none"> Otros estudios microbiológicos: Histoplasmosis, actinomicosis, gota gruesa (malaria), Leishmani spp, etc
Rx tórax	Ecografía abdominal	TC
Ecografía	ECG	Ecocardiograma (enf. Kawasaki)



**No se debe demorar la derivación, ni para
la realización de pruebas
complementarias, ante la sospecha de
malignidad**



Valoración y estudio urgente

- Afectación del estado general.
- Fiebre prolongada.
- Pérdida de peso.
- Adenopatías:
 - De consistencia dura y adherida a planos profundos
 - >2 cm
 - En localizaciones como la axila, epitroclea o supraclavicular, en ausencia de síntomas infecciosos.
- Duración prolongada > 4 semanas.



Las infecciones sistémicas son las causas más frecuentes de **adenopatías generalizadas**, siendo las **virales inespecíficas**, la infección por virus de Epstein Barr, el citomegalovirus o el toxoplasma los más frecuentes.



Si consideramos **las adenopatías localizadas**
en niños, **las cervicales** son las más
frecuentes



No debemos pautar corticoides como tratamiento sintomático sin un diagnóstico claro porque:

- Se puede retrasar un diagnóstico de leucemia/linfoma o histiocitosis.
- Las leucemias/linfomas que han recibido corticoides previos al diagnóstico tienen peor pronóstico y precisan de protocolos de tratamiento más intensivos.
- Se puede empeorar la evolución en los cuadros infecciosos.



CASOS CLÍNICOS



CASO CLÍNICO.- 1

- Paciente de 5 años con fiebre de 39,2°C de aparición brusca, dolor de garganta y dolor abdominal.

Exploración:

- Adenopatías latero-cervicales derechas dolorosas.
- Hiperemia amigdalar con eudados y enantema en paladar.
- Abdomen, no doloroso a la palpación, sin presentar masas ni megalias.



CASO CLÍNICO.- 1-A

Pruebas complementarias:
TDR estreptococo positivo.

Diagnóstico: Amigdalitis aguda.

Tratamiento: Penicilina V 250 mg/12 horas. 10 días. (estómago vacío).

Amoxicilina 50mg/kg/día, cada 12-24 horas. 10 días

Los estreptococos no producen β -lactamasas



CASO CLÍNICO.- 1-B

Pruebas complementarias:
TDR no hay en ese momento.

Diagnóstico: Amigdalitis aguda.

Tratamiento: Penicilina V 250 mg/12 horas. 10 días. (estómago vacío).

Amoxicilina 50mg/kg/día, cada 24 horas. 10 días



CASO CLÍNICO.- 1-B

- A los 4 días continua con la clínica sin mejoría a pesar del tratamiento antibiótico.
- Se re-historia al paciente y se ve que este cuadro está apareciendo de manera frecuente.
- Se le explica a los padres que en las siguientes ocasiones se va a solicitar TDRA o cultivo previo a poner tratamiento.



El Síndrome PFAPA (Periodic Fever, Adenopathy, Pharyngitis and Afthae):

- Enfermedad autoinflamatoria.
- Episodios periódicos de fiebre, malestar general, estomatitis aftosa, faringitis, cefalea y adenopatías cervicales bilaterales.
- Elevación de reactantes de fase aguda.
- **Frotis faríngeo negativo.**
- Tratamiento, prednisona.
- Los episodios se suceden cada 3 a 9 semanas.
- Aparece en menores de 5 años y desaparece alrededor de los 10 años.



CASO CLÍNICO.-2

- Paciente de 5 años.
- Fiebre de 39,5°C.
- Dolor latero-cervical.
- Hermano de 9 años tratado por amigdalitis.

Exploración:

- Hipertrofia amigdalar sin exudado.
- Adenopatía submandibular izquierda 5x3 cm.

Se solicita frotis faríngeo

Diagnóstico: Amigdalitis aguda+ adenopatía secundaria.

Tratamiento: amoxicilina 50mg/kg/día. Una dosis al día 10 días



CASO CLÍNICO.-2

24h después:

- Empeoramiento con aumento del tamaño de la adenopatía 6x4 cm, con enrojecimiento de la piel que lo cubre.
- Se mantiene el dolor y la fiebre.
- Dificultad apertura bucal
- Hemograma: leucocitosis con neutrofilia.
- Transaminasas normales.
- PCR 17
- P. Bunnell negativo.
- Se le ingresa y se le pauta antibióticos iv.



CASO CLÍNICO.-2

- A las 48h del ingreso:
 - Inyección conjuntival.
 - Fisuras labiales.
 - Se mantiene la adenopatía.
 - Aparición de exantema generalizado.
- Analítica GOT 419, GPT 562, PCR 11 VSG 95
- Cambio diagnóstico **Enfermedad de Kawasaki.**
- Tratamiento con Ig + AAS.
- Afebril en 24 horas.
- Estudio Cardiológico normal.



Las adenopatías cervicales agudas unilaterales suele ser de causa bacteriana (60-80 %), siendo los *S. pyogenes* y *S. Aureus* los más frecuentes.

Si < 2cm, con signos inflamatorios leves y sin afectación sistémica, medir, registrar y control evolutivo en dos semanas.

Se pueden recomendar antiinflamatorios tipo AINES (ibuprofeno), **pero nunca corticoides.**



Entre 2-3 cm con signos inflamatorios o síntomas generales moderados (fiebre, malestar):

- se debe realizar tratamiento antibiótico empírico que cubra *S. aureus* y *S. pyogenes*, previa recogida de muestras:
 - cultivo de frotis faríngeo o detección de antígeno estreptocócico,
 - cultivo del exudado de las lesiones cutáneas, si lo hubiera.
- No respuesta en 48-72 horas (descenso de la fiebre, la inflamación y el dolor):
 - habrá que ampliar las pruebas complementarias a causas menos frecuentes (PAAF si no realizada previamente)
 - y ampliar el espectro antibiótico.
- Si hay fluctuación o absceso (puede precisar una ecografía para confirmar su existencia), derivar a cirugía para drenaje.



Si > 3cm y presenta síntomas generales y/o signos inflamatorios importantes:

- Derivar para estudio.
- En el diagnóstico diferencial se debe incluir la enfermedad de Kawasaki.



Adenitis unilateral aguda. Adenopatía con signos inflamatorios. Adenopatías > 3 cm

Tratamiento ambulatorio:

- Valorar drenaje
- 1ª elección: Cefadroxilo VO: 30 mg/kg/día, cada 12 horas
- Alternativo:
 - Cloxacilina VO: 50-100 mg/kg/día, cada 6 horas o
 - Clindamicina VO: 30 mg/kg/día, cada 6-8 horas.
- Si afectación periodontal: Amoxicilina-clavulánico VO: 40 mg/kg/día (de amoxicilina), cada 8 horas



CASO CLÍNICO.- 3

- Paciente de 12 años.
- Fiebre de 38,2°C, de varios días de evolución que se queja de cansancio
- Hiperemia amigdalar con secreción. Importante odinofagia.
- Adenopatías látero-cervicales bilaterales y dolorosas.
- Dolor abdominal, sin palpación de masas, megalias.
- TDR estreptocócico negativo.



CASO CLÍNICO.- 3

- A las 48h continua con fiebre alta, dificultad para tragar
- Analítica:
 - Hemograma: linfocitosis >70% con linfocitos estimulados.
 - Bioquímica: GOT:120, GPT: 90, LDH: 375.
 - Paul Bunnell negativo.
- Diagnóstico: Sospecha de **MNI**
- Analítica al mes, serología IgM VEB positiva, bioquímica normalizada.



La forma más frecuente es la presentación de adenopatías **cervicales agudas bilaterales**:

- Reactivas y asociadas a infecciones por virus respiratorios, VEB, CMV y otros.
- Curso autolimitado, disminuyendo de tamaño en 1-2 semanas, con una resolución completa como máximo en 4 semanas.
- No pruebas complementarias, salvo que se acompañen de síntomas generales.
- Se pueden tratar con AINES.



Adenitis bilateral aguda

- Tratamiento ambulatorio: no precisa.
- Resolución espontánea en 7-10 días
- Tratamiento hospitalario: no precisa.



CASO CLÍNICO.-4

- Paciente de 18 meses.
- Afebril.
- Adenopatía cervical 3 cm, no adherida a planos profundos, consistencia media.
- Resto de exploración normal.

Diagnóstico: Adenopatía.

Tratamiento: amoxicilina-clavulánico.

Evolución: a la semana de tratamiento mide 2 cm.

Se solicita analítica, hemograma normal.



CASO CLÍNICO.-4

- A las 3 semanas de nuevo aumento de tamaño y eritema suprayacente.
- Comienza a fluctuar.
- Se le añade antibiótico tópico.

Continúa estudio:

- Rx tórax normal.
- Mantoux 10cm.
- PAFF+ micobacterias.

Tratamiento: exéresis



Las adenopatías unilaterales subagudas o crónicas:

- Han de estudiarse siempre.
- Suelen estar causadas por: *Bartonella henselae*, micobacterias no tuberculosas (MNT) o atípicas, *Toxoplasma gondii* o tuberculosis (TBC),
- Se produce una respuesta inflamatoria granulomatosa crónica, con menos síntomas clínicos, aunque puede haber supuración.
- Se debe tener en cuenta la posibilidad de leucemia o linfoma, sobre todo en adolescentes.



Micobacterias no tuberculosas o atípicas:

- Son ubicuas en el suelo y probablemente se adquieren por ingesta.
- La mayoría son por Mycobacterium avium complex y M. scrofulaceum.
- Se presentan en niños pequeños, entre 1 y 5 años.

- La adenopatía suele ser submandibular, con un tamaño moderado, hasta 3 cm de diámetro. La adenopatía superficial a veces es el marcador de un grupo de adenopatías profundas.

- La evolución puede ser rápida (2-3 semanas). La piel superficial 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).

El tratamiento de elección es la exéresis completa y precoz (evitar el drenaje por la tendencia a la fistulización). Si las adenopatías son de pequeño tamaño o hay rechazo de la cirugía: observación.

Tratamiento médico indicado, si la cirugía no es posible, con dos antibióticos, azitromicina o claritromicina a dosis habituales más rifabutina o etambutol, ajustando según antibiograma y mantenerlo al menos 6 meses (aunque no hay consenso).



Toxoplasmosis, *Toxoplasma gondii*, adquirida tras el contacto con gatos o por ingesta de carne cruda o poco cocinada.

Asintomática sobre todo en individuos inmunocompetentes.

La infección es sintomática en un 10% de los casos, puede cursar con fiebre, malestar, esplenomegalia, exantema y adenitis cervicales, cansancio, mialgias.

Las adenopatías suelen ser bien definidas, no muy grandes (< 3 cm), sin tendencia a la supuración ni signos inflamatorios locales. Las más frecuentes son cervicales anteriores, suboccipitales o supraclaviculares, axilares e inguinales, de forma aislada o afectar a varias áreas. Puede haber una adenopatía mediastínica.

El tratamiento no es necesario en inmunocompetentes.



Enfermedad por arañazo de gato. *Bartonella henselae*: Antecedente de contacto con crías de gato y arañazo o contacto con mucosas varias semanas antes.

Puede haber una pápula en el lugar de inoculación.

La adenopatía es regional, axilares (52%) y las cervicales (28%), también supraclavicular o epitrocLEAR.

Con frecuencia es >4 cm, algo dolorosa, sin signos inflamatorios.

Presentan supuración en 30-50% Puede aparecer fiebre en el 25% de los casos.

El diagnóstico es serológico. Con enfermedad leve o moderada el tratamiento es sintomático, con remisión espontánea en 1 - 4 meses.



Tuberculosis ganglionar o escrófula. Cualquier edad. Suele haber antecedente de exposición a TBC. Son una parte del complejo primario tuberculoso. Son grandes, gomosas y no dolorosas. Suelen ser de localización cervical más baja que las no-TBC, afectando a cadenas cervicales posteriores, axilares y supraclaviculares. Raramente son generalizadas en el curso de una diseminación hematógica. Suele ser bilaterales, aunque pueden predominar en el lado derecho.



Adenitis subaguda unilaterales o bilateral

Tratamiento ambulatorio: Precisa estudio previo antes de tratar

Tratamiento hospitalario: Precisa estudio previo antes de tratar



EN RESUMEN:

Hiperplasia reactiva:

2^{ria} a las infecciones en área de drenaje.

Faringoamigdalitis.

Infecciones cutáneas.

Infecciones víricas.



Datos de alarma

De la adenopatía	De la clínica o exploración	De las pruebas complementarias	De la evolución
<ul style="list-style-type: none"> • Supraclavicular • Cervicales bajas • EpitrocLEAR • Tamaño >3 cm • Consistencia dura o gomosa • Adherida • No dolorosa • Generalizadas • Sin filiar • Confluentes • Progresión / no involución 	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de peso >10% • Fiebre >1 semana • Sudoración • Hepato-esplenomegalia • Palidez/ictericia • Datos de sangrado • Artromialgias • Tos / disnea / disfagia 	<ul style="list-style-type: none"> • Citopenias (anemia, trombopenia, leucopenia) • Alteraciones bioquímicas (elevación LDH y/o ác. úrico) • PCR y/o VSG: no descenso o aumento • Rx tórax alterada: (adenopatía o masa en hilio y/o en mediastino) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento tras 2 semanas • No disminución tras 4-6 semanas • No tamaño basal tras 8 -12 semanas • No disminuye tras 2 semanas de antibioterapia



Unilaterales agudas,

Un 60-80% son de etiología bacteriana (*S. pyogenes*, *S aureus*)

Si son < 2 cm de diámetro, ver la evolución

Si 2-3 cm de diámetro, con fluctuación o absceso, realizar ecografía

Si > 3 cm, derivar para estudio



Cervicales unilaterales subagudas o crónicas,

Siempre precisan estudio.

Suelen estar causadas por Bartonella henselae (arañazo de gato), micobacterias no tuberculosas (MNT) o atípicas, Toxoplasma gondii o tuberculosis (TBC).

No debemos olvidar la posibilidad de leucemia o linfoma, sobre todo en adolescentes.



Las bilaterales agudas,

La causa más frecuente es la infecciosa, sobre todo vírica.

No suelen precisar pruebas complementarias, con una resolución completa en unas 4 semanas.



ENFERMEDAD POR VIRUS DEL NILO OCCIDENTAL

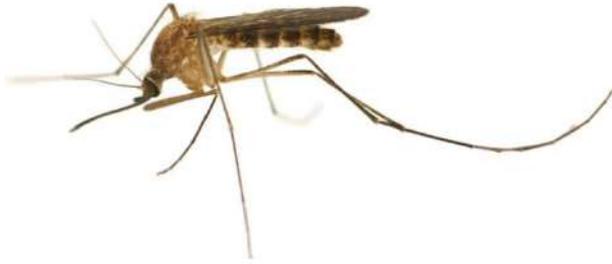




La FN es una zoonosis en la que un *Flavivirus* es transmitido a través de la picadura de mosquitos del género *Culex*, siendo el reservorio principal las aves domésticas o silvestres y donde los caballos o los humanos son huéspedes accidentales, sin capacidad de transmitir el virus al mosquito.

<https://www.cdc.gov/ncezid/dvbd/es/media/westnilevirus.html>





- Todas las personas no infectadas son susceptibles de padecerla
 - deja inmunidad permanente.
-
- Si se ha observado la transmisión a través de transfusiones sanguíneas, trasplante de órganos, transplacentario o contacto accidental con fluidos, tejidos o en laboratorio.

<https://www.cdc.gov/ncezid/dvbd/es/media/westnilevirus.html>



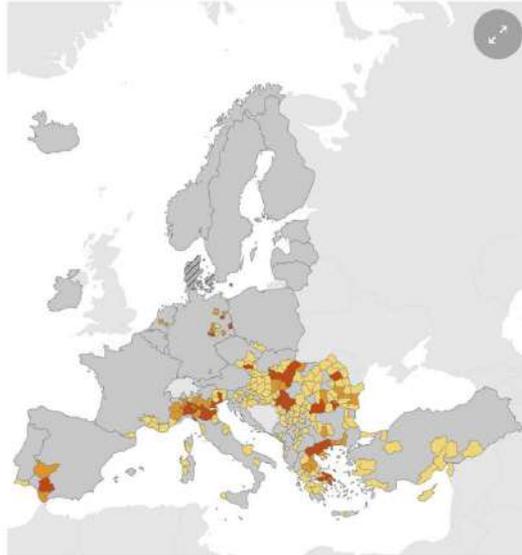


Distribution of human West Nile virus infections in NUTS 3 or GAUL 3 regions in the EU/EEA and neighbouring countries during 2011–2022, as of 10 February 2022

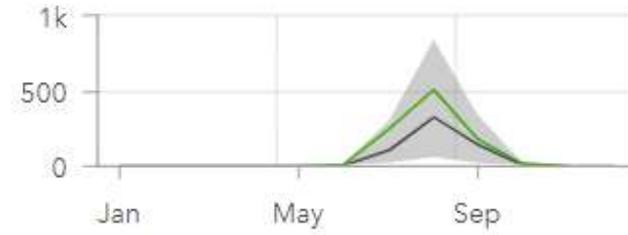
- Human infections reported, current season (2022)
- Human infections reported, 2020
- Human infections reported, 2011–2019
- No data reported
- No infections reported
- Not included

Countries not visible in the main map extent

- Malta
- Liechtenstein



Infecciones por WNV en humanos por mes en la UE/EEE



Media (2017-2021) Rango (2017-2021) 2022



- Un 80% de los infectados están asintomáticos.

De los sintomáticos:

- la mayoría presentan un cuadro pseudogripal (fiebre, malestar general, náuseas, vómitos, mialgias, fatiga)
- Menos del 1%: cuadro neurológico grave, encefalitis, meningitis o parálisis flácida. Más frecuente en inmunodeprimidos o > de 50 años.
- En pediatría los factores de riesgo son la enfermedad oncológica y las inmunodeficiencias primarias y secundarias



El tratamiento es solo de soporte, no hay tratamiento específico.

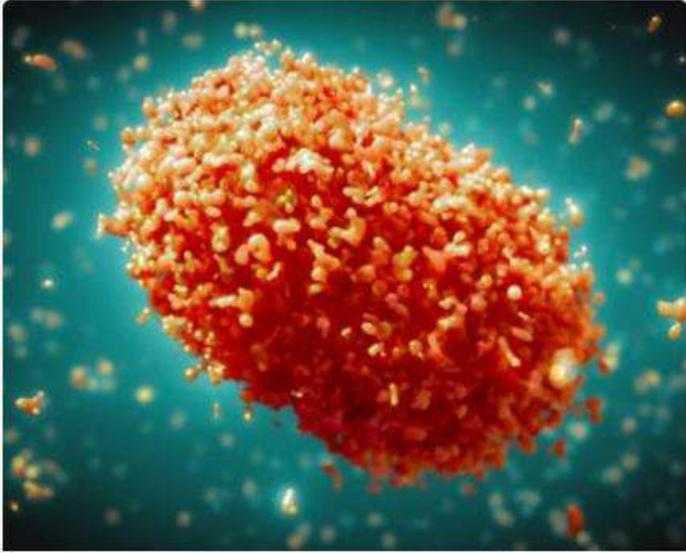
Tampoco hay vacuna en este momento.

Se debe identificar el territorio epidémico para adoptar las medidas de Salud Pública recomendadas. Solo la detección de un caso se considera brote.



VIRUELA DEL MONO





El virus de la MPX pertenece a la familia del virus de la Viruela. El clado transmitido es de la República del Congo, que es menos virulento que la del África Central.

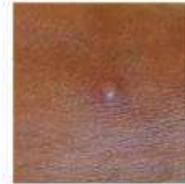
La MPX es una zoonosis que se transmite al humano por contacto directo e indirecto con animales infectados (roedores, primates no humanos).

Es una Enfermedad de declaración obligatoria (EDO).



Cuadro clínico:

- Inicio: fiebre, cefalea, mialgias, astenia y linfadenopatías.
- 1-5 días después: **erupción exantemática** (pápulas, vesículas, pústulas, costras, encontrándose todas en el mismo estadio en la evolución).
- Localizaciones más frecuentes en este brote son perioral y genital.
- La principal complicación la sobreinfección bacteriana y la más grave la encefalitis. Si se afecta la córnea puede llevar a pérdida de visión.



a) early vesicle,
3mm diameter



b) small pustule,
2mm diameter



c) umbilicated pustule,
3-4mm diameter



d) ulcerated lesion,
5mm diameter



e) crusting of a mature
lesion



f) partially removed
scab

[Mpxv \(monkeypox\): background information - GOV.UK \(www.gov.uk\)](https://www.gov.uk)



a) early vesicle,
3mm diameter



b) small pustule,
2mm diameter



c) umbilicated pustule,
3-4mm diameter



d) ulcerated lesion,
5mm diameter



e) crusting of a mature
lesion



f) partially removed
scab

El diagnóstico diferencial:

- varicela
- herpes zóster
- síndrome pie-mano-boca
- herpes simple.

[Mpx \(monkeypox\): background information - GOV.UK \(www.gov.uk\)](https://www.gov.uk)

El tratamiento es sintomático.

Se debe hacer aislamiento domiciliario durante 21 días, hasta la curación de las lesiones cutáneas.

La vacuna de la viruela se puede administrar a los contactos directos.

Al recién nacido de una madre afecta en el momento del parto se le debe hacer un seguimiento durante 21 días ante una posible transmisión vertical.

