

IMÁGENES EN PEDIATRÍA

Linfadenitis cervical simulando un bocio

Cervical lymphadenitis mimicking a goiter

F.J. Caballero Mora^a, J. Pozo Román^{a,b,c}, A.I. Jiménez Ortega^a,
J.M. Ollero Caprani^d y J. Argente^{a,b,c,*}

^a Servicio de Endocrinología, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España

^b Universidad Autónoma de Madrid, Departamento de Pediatría, Madrid, España

^c CIBER Fisiopatología de la obesidad y nutrición, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^d Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España

Disponible en Internet el 7 de junio de 2012

El bocio constituye el aumento de tamaño de la glándula tiroidea. La inspección y la palpación de la zona anterior del cuello permiten constatar su tamaño, simetría, consistencia y presencia de nodularidad. Las pruebas de imagen definen con mayor precisión sus características morfológicas.

Se presenta el caso clínico de una niña de 14 años, derivada a consulta de Endocrinología por sospecha de bocio. Refería aparición de unos abultamientos en el cuello, con aumento progresivo de tamaño, y febrícula intermitente, de 4 semanas de evolución, sin otra sintomatología asociada.

Había recibido tratamiento antiinflamatorio y antibiótico con amoxicilina-clavulánico (50 mg/kg/día, por vía oral, 14 días), sin mejoría.

En la exploración física destacaban 2 tumoraciones simétricas en la parte anterior del cuello, a ambos lados de la línea media, de 3-4 cm de diámetro mayor, blandas, sin movilidad, dolorosas a la palpación y con leve enrojecimiento cutáneo. La ecografía y TC cervicales demostraron que las tumoraciones eran independientes del tiroides y sugerentes de adenopatías abscesificadas (figs. 1 y 2).



Figura 1 Ecografía cervical: lóbulos tiroideos normales (T) y delante de ellos 2 masas adenopáticas con zonas hipoecoicas en su interior (*).



Figura 2 TC cervical: tumoraciones hipodensas redondeadas (flechas), de localización anterior al tiroides (*), de unos 18 mm de diámetro la derecha y 14 mm la izquierda, con mínima captación periférica y áreas de necrosis y abscesificación en su interior.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: argentefen@terra.es (J. Argente).

Se realizaron una resección parcial de la pared y curetaje de la cavidad de las tumoraciones, extrayendo abundante secreción purulenta. El estudio anatomopatológico mostró un tejido de inflamación granulomatosa epitelioide necrotizante, compatible con infección por micobacterias^{1,2}. Tras la cirugía se administró 3 días amoxicilina-clavulánico por vía intravenosa. Las tumoraciones fueron disminuyendo de tamaño progresivamente, desapareciendo tras 7 días, sin recidivas posteriores.

Se presenta este caso para poner de manifiesto la importancia de realizar un estudio adecuado, que incluya una ecografía cervical para determinar la etiología de tumoraciones cervicales^{3,4}.

Bibliografía

1. Carvalho AC, Codecasa L, Pinsi G, Ferrarese M, Fornabaio C, Bergamaschi V, et al. Differential diagnosis of cervical mycobacterial lymphadenitis in children. *Pediatr Infect Dis J*. 2010;29:629–33.
2. Baquero-Artigao F. Infección pediátrica por micobacterias no tuberculosas. *An Pediatr (Barc)*. 2005;62:458–66.
3. Khanna R, Sharma AD, Khanna S, Kumar M, Shukla RC. Usefulness of ultrasonography for the evaluation of cervical lymphadenopathy. *World J Surg Oncol*. 2011;9:29.
4. Ahuja AT, Ying M. Sonographic evaluation of cervical lymph nodes. *Am J Roentgenol*. 2005;184:1691–9.