



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRIA Y PUERICULTURA
HOSPITAL PEDIATRICO "Dr. ELÍAS TORO"

**ADENITIS CERVICAL EN NIÑOS: ANALISIS DE LA ETIOLOGIA Y EL
TRATAMIENTO**

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de Especialista en
Pediatría y Puericultura

Crismartha Marivisay Berroterán Blanco
María José Domínguez Barrios

Tutor: Gisela Vargas

Caracas, diciembre 2018

Gisela Vargas
Tutor

Juana Salgado
Directora del Curso

Alexis Rojas
Coordinador del Curso

DEDICATORIA

Le dedico mi trabajo primeramente a Dios, por darme la oportunidad de vivir, llenarme de salud, ser mi salvador, y estar conmigo en cada paso q doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente para culminar esta meta.

A mis padres, Luis Berroterán y Tibisay Blanco de Berroterán, quienes con amor paciencia y esfuerzo son mi sostén y pilar fundamental. Gracias porque sin ustedes este logro no fuese posible.

A mis hermanos Gregory Berroterán y Eduard Berroterán, porque a pesar de la distancia siempre estuvieron presente extendiéndome sus manos en los momentos difíciles.

A mi tía María Elena Berroteran. Por su apoyo incondicional quien me enseñó que con trabajo y perseverancia se encuentran los éxitos profesionales.

A mi compañero de vida Edgar Muñoz por estar a mi lado con paciencia y apoyándome, ayudarme a culminar esta meta.

A nuestra tutora Dra. Gisela Vargas, por su esfuerzo, colaboración para guiarnos durante todo el desarrollo de la tesis.

A mi compañera de tesis María José Domínguez por mantenernos firmes, y con esfuerzo dedicación y algunos tropiezos hoy celebramos este logro.

Crismartha Berroterán

DEDICATORIA

A ti mi dios que siempre me has guiado por el camino del bien, me llenaste de fe y me regalaste una familia hermosa que me ha apoyado en todas mis metas

A mis padres, Dory Barrios y Oscar Domínguez por ser mi pilar fundamental para mantenerme siempre firme y lograr todo lo que me propongo.

A mi compañero de vida Hamurabi Álvarez por creer en mí siempre y darme ánimos en todo momento.

A mi hijo José Ignacio que llevo en mi vientre quien llego en la última etapa de esta meta que a pesar de mis debilidades me recordaba que no estaba sola, y me dio fuerzas para seguir adelante lo espero con ansias para juntos disfrutar mi éxito.

A mi compañera Crismartha por mantenernos siempre firme y unidas para culminar este trabajo.

A mis compañeras, Ana Cecilia por su paciencia y constancia conmigo ya que me fue de gran apoyo durante la realización de mi trabajo y demás compañeras, Rosmery, Olga, Sara, Génesis, Carolina, Jeimy por brindarme su amistad durante estos 3 años. A mi tutora de tesis Dra. Gisela Vargas por su grandiosa colaboración durante el desarrollo de nuestro trabajo.

A mis padrinos y Adjuntos Dra. Juana Salgado, Dr. Hany Chikani, Dr. Francisco Valery, Dr. Luis Villarroel, Dra. Dionicia Rodríguez, Dr. Zelinda Mariño, Dr. Alexis Rojas, Dr. Jesús Manrique, Dra Cora de la torre, Dra Karelyn Córdova y Dra Evir Sifontes por su cariño y haberme brindado las herramientas necesarias para fortalecer mi formación en la pediatría.

A mi Querido Pablo (Caracoles) por su cariño y valiosos aportes.

María José Domínguez Barrios

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	1
INTRODUCCION	3
METODOS	15
RESULTADOS	17
DISCUSION	18
REFERENCIAS	22
ANEXOS	25

ADENITIS CERVICAL EN NIÑOS: ANALISIS DE LA ETIOLOGIA Y EL TRATAMIENTO

Crismartha Marivisay Berroterán Blanco, C.I. V-19.163.291. Sexo: Femenino
e-mail Crismartha33@gmail.com. Teléf 0424-360.80.31. Dirección: Hospital
Pediátrico Dr. Elías Toro. Curso de Especialización en Pediatría y Puericultura.

María José Domínguez Barrios, C.I. 18.617.115 Sexo: Femenino
E-mail: marijo190788@gmail.com. Teléf. 0414-579.73.63. Dirección: Hospital
Pediátrico "Dr. Elías Toro" Curso de Especialización en Pediatría y Puericultura.

Gisela Vargas, C.I. V-4.000.827. Sexo: Femenino
e-mail: gisvargas@hotmail.com. Telf: 0412-332.21.99. Dirección: Hospital Pediátrico
Dr. Elías Toro. Especialista en Pediatría y Puericultura/Oncología Pediátrica

RESUMEN

Objetivo: Describir la etiología y tratamiento de la Adenitis cervical en niños de 2 a 12 años en el Hospital Pediátrico Dr. "Elías Toro". **Métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo, transversal. La muestra estuvo conformada por 83 pacientes con adenitis cervical en edades comprendidas de 2 a 12 años de edad, en el periodo comprendido desde enero 2012 hasta diciembre del 2017. La información fue recolectada en un instrumento de recolección de datos diseñado para este trabajo. **Resultados:** Se identificaron 83 casos de pacientes con diagnostico de Adenitis cervical. La edad más frecuente fue de 2 años de edad en un 54.21%. El sexo predominante fue el masculino. En relación a las manifestaciones clínicas se observo que la fiebre represento 95,1% seguido del dolor 75,9%. La ubicación de la adenitis se observo el lado latero cervical izquierdo. En cuanto a la etiología no se preciso en el 91.6% (76 casos) el agente etiológico más frecuente Virus de Epstein Barr 3.6% (3 casos). El 53,02% de los casos recibieron Ampicilina/Sulbactam, el 26,50% seguido de Clindamicina. En la mayoría de los pacientes no presentaron complicaciones. **Conclusiones:** la etiología no se determino en 91.6%, dentro de los agentes etiológicos aislados el más frecuente fue el Virus de Epstein Barr, los Pacientes más afectados fueron los de 2 años. El tratamiento de elección fue la Ampicilina/Sulbactam.

Palabras clave: adenitis cervical, *etiología*, manifestaciones clínicas.

CERVICAL ADENITIS IN CHILDREN: ANALYSIS OF ETIOLOGY AND TREATMENT

SUMMARY

Objective: To describe the etiology and treatment of cervical adenitis in children from 2 to 12 years old in the Pediatric Hospital Dr. "Elías Toro". **Methods:** Retrospective, descriptive, cross-sectional study. The sample consisted of 83 patients with cervical adenitis in ages ranging from 2 to 12 years of age, in the period from January 2012 to December 2017. The information was collected in a data collection instrument designed for this work. **Results:** We identified 83 cases of patients with a diagnosis of

cervical adenitis. The most frequent age was 2 years of age at 54.21%. The predominant sex was male. In relation to clinical manifestations, it was observed that fever represented 95.1% followed by pain 75.9%. The location of the adenitis was observed on the left cervical latero side. Regarding the etiology, it was not necessary in 91.6% (76 cases) the most frequent etiological agent of Epstein Barr Virus 3.6% (3 cases). 53.02% of the cases received Ampicillin / Sulbactam, 26.50% followed by Clindamycin. In the majority of patients, there were no complications. **Conclusions:** the etiology was not determined in 91.6%, among the isolated etiological agents the most frequent was the Epstein Barr Virus, the most affected patients were those of 2 years. The treatment of choice was Ampicillin / Sulbactam.

Key words: cervical adenitis, etiology, clinical manifestations.

INTRODUCCIÓN

La Adenitis (o linfadenitis) cervical: es el aumento de tamaño de los ganglios linfáticos del cuello y de la zona submandibular. En la gran mayoría de los casos representa una respuesta inflamatoria transitoria a una infección generalizada, en ocasiones es indicativo de un proceso más importante. Las adenitis generalizadas, cuando afectan a dos o más territorios, sugieren una infección o enfermedad sistémica, mientras que las adenitis localizadas suelen indicar una infección o enfermedad del ganglio afecto o de su área de drenaje. ⁽¹⁾

Su causa es principalmente viral, pero también puede ser bacteriana, oncológicas o parasitaria, El origen de las adenitis va desde la inflamación más benigna, en el caso por ejemplo de infecciones repetidas, hasta afecciones más graves como son los tumores, las enfermedades autoinmunes o la mononucleosis infecciosa. ⁽²⁾

Las características de la adenitis dependen de su etiología: en infecciones virales, habitualmente son blandas, pequeñas y sin cambio de coloración de la piel; la adenitis bacteriana es más grande, muy sensible y con signos inflamatorios de la piel. ⁽³⁾

La frecuencia de esta infección en la edad pediátrica es máxima entre los 2 y 4 años, en probable relación con la mayor exposición de los niños de menor edad a los agentes etiológicos a través de la tierra y el agua, resultando raro por encima de los 10 años. ⁽⁴⁾

La conducta terapéutica y seguimiento va a depender de su etiología o agente causal, en infecciones bacterianas la causa más frecuente es por *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus betahemolítico*, anaerobios por lo tanto se debe indicar antibioticoterapia. Si durante el tratamiento evoluciona hacia la fluctuación, realizar drenaje quirúrgico, de no obtener respuesta al tratamiento se debe realizar biopsia ganglionar, enviando muestras del material para anatomía patológica, impronta, examen bacteriológico directo, cultivos e inmunotipificación. ⁽⁵⁾

Planteamiento y Delimitación del Problema

En relación a las adenitis, son secundarias a procesos benignos, pero pueden responder a etiologías de mayor gravedad; diferenciarlas es el punto de mayor relevancia clínica, pues una correcta aproximación diagnóstica puede evitar el retraso de su manejo adecuado.

La actitud terapéutica dependerá del proceso subyacente. El amplio espectro de posibilidades etiológicas es lo que plantea dudas diagnósticas y terapéuticas respecto a qué casos son los que deben remitirse a un centro especializado y en qué momento. La anamnesis y la exploración física son la base fundamental para el manejo inicial de las adenitis. ⁽⁶⁾

Clásicamente se han dividido los casos de adenitis cervical en tres grupos: aguda bilateral (la más frecuente), aguda unilateral y subaguda crónica. Se consideran de evolución aguda los casos menores 7-21 días de evolución. Los casos subagudos/crónicos evolucionan durante semanas/meses. ^(7,8)

En la revisión a nivel nacional, no existen datos actuales sobre la adenitis cervical pudiendo ser motivado a que mayormente son causadas por infecciones benignas que no comprometen la salud del paciente o son de fácil tratamiento. El desafío lo plantean las adenitis que persisten más allá de tres semanas o aquellas que no mejoran después del uso adecuado de antibióticos, requiriendo mayor atención en los centros hospitalarios.

¿Cuál es la etiología y el tratamiento de la Adenitis cervical en niños de 2 a 12 años, en el Hospital Pediátrico Dr. Elías Toro en el periodo comprendido entre Enero 2012 a Diciembre 2017?

Justificación e importancia

Las adenitis constituyen uno de los hallazgos habituales en la práctica diaria y un motivo muy frecuente de la consulta pediátrica. La localización y etiología de las adenitis, así como las características específicas de las mismas cuando son

manifestación clínica de diversas enfermedades típicas de la infancia son rasgos de suma importancia y relevancia para la práctica clínica pediátrica.

La caracterización de los agentes causales de adenitis en particular es importante, de esto depende la conducta diagnóstica y terapéutica. El tratamiento de esta patología es variable de acuerdo al análisis de cada caso. Cabe señalar entonces dentro las características más importantes de la adenitis es su etiología multifactorial, su elevada incidencia en la edad pediátrica y el diagnóstico diferencial.

Tomando en cuenta estas características es indudable que la realización de esta investigación resulta imperiosa, principalmente por ser novedosa, puesto que existe poca información estadística a nivel nacional sobre adenitis, de igual forma dentro de los aspectos terapéuticos para esta patología, existe un vacío debido principalmente al carácter benigno el cual representa el mayor porcentaje de los casos.

Cuando se mencionan los agentes causales se debe tomar en consideración que estos son principalmente frecuentes en la edad pediátrica.

A nivel epidemiológico se abren las posibilidades para que investigadores realicen estudios en otros hospitales a nivel nacional, lo que generaría datos de suma importancia para el sistema de salud.

Antecedentes

Santiago B. et al España 2015 realizaron un trabajo de investigación monográfica titulado: Tratamiento y evolución de las adenitis cervicales por micobacterias no tuberculosas en niños, donde plantean que la adenitis cervical es la forma más frecuente de infección por micobacterias no tuberculosas (MNT) en la infancia. Su objetivo fue determinar las características clínicas, diagnósticas y evolutivas de los niños con adenitis por MNT y comparar la efectividad, complicaciones y secuelas de cada opción terapéutica. Realizaron un estudio retrospectivo en cinco hospitales de dos comunidades autónomas entre 2004 y 2011, tomando como muestra a niños menores de 14 años diagnosticados de adenitis por MNT, donde los criterios diagnósticos fueron: a) adenitis cervical de >3 semanas de evolución; b) aislamiento de MNT mediante cultivo o PCR y/o anatomía patológica compatible, y c) exclusión de otras causas.

Resultados: El principal hallazgo anatomopatológico fue granulomatosis epitelioides con necrosis caseosa (n=31; 38,8%). Un 46,3% se confirmaron microbiológicamente, siendo *M. avium* (n=18) y *M. lentiflavum* (n=16) los aislamientos más frecuentes. El abordaje quirúrgico inicial fue drenaje en 15 niños (18,8%), excisión parcial en 5 (6,3%) y excisión total en 54 (67,5%) aunque finalmente esta última fue realizada a 63 niños (78,8%). Conclusiones: Se encontró una gran heterogeneidad de manejo entre los distintos centros. La excisión completa inicial frente al drenaje presentó menor incidencia de secuelas, fundamentalmente cicatriz queloidea, hubo mayor incidencia de parálisis facial permanente.⁽⁹⁾

Espejo Moreno, R, et al España 2015 en su trabajo de investigación cuyo título fue: Adenitis cervical por micobacterias atípicas. Su objetivo consistió en la descripción de casos de adenitis cervical por micobacterias atípicas en consultas hospitalarias del Hospital Materno Infantil de Badajoz derivados desde atención primaria desde 2011 a 2015; fue un estudio descriptivo, retrospectivo de historias clínicas de consultas externas de infectología pediátrica, donde presentaron los casos de 3 niños, menores de 3 años, con adenitis laterocervicales unilaterales de más de 2 semanas de evolución sin respuesta a antibióticos y sin otra sintomatología asociada. Concluyeron que la adenitis cervical es la manifestación más frecuente de la infección por MNT en niños inmunocompetentes, siendo el agente etiológico más común en el *M. avium complex*, a pesar que en los últimos años ha aumentado la tipificación de *M. lentiflavum*, caracterizada por mayor tendencia a la fistulización y elevada tasa de resistencia antibiótica. El diagnóstico diferencial fundamental en ambos casos es con tuberculosis ganglionar, de ahí la importancia de su identificación, pues, a diferencia de ésta, la exéresis quirúrgica precoz es, actualmente, el tratamiento de elección, relegando la terapia antibiótica a casos muy seleccionados.⁽¹⁰⁾

Irías, R y Meléndez, J. Honduras 2007, presentaron un trabajo de investigación en postgrado, cuyo título fue el siguiente: Caracterización Epidemiológica de Adenitis Cervical en el Departamento de Pediatría del Hospital Escuela. El objetivo de dicho estudio fue, describir las características epidemiológicas y clínicas en pacientes con Adenitis Cervical del Departamento de Pediatría del Hospital Materno Infantil. Fue un

estudio descriptivo, tipo serie de casos en el que se analizaron las características epidemiológicas y clínicas de 71 pacientes de 1 a 16 años con diagnóstico de Adenitis Cervical atendidos en el Departamento de Pediatría del Hospital Materno Infantil durante el periodo de Julio 2004 a septiembre 2006. Se diseñó un instrumento de recolección de datos constituido por variables generales, evolutivas, diagnósticas y clínico-evolutivas. Obteniendo como resultado que de los 71 pacientes incluidos en este estudio la mayoría procedían del Departamento Francisco Morazán 31 (43.7%), El Paraíso 17(23,9%), Choluteca 6(8,5%) y el resto 17(23.9%) de otros Departamentos, en su mayoría eran del sexo femenino en un (56.3%), y masculino (43.7%), la edad media que tenían los pacientes era de 6.6 años con un rango de edad de 1-16 años. Fueron los síntomas predominantes: fiebre (98.6%), odinofagia (59%); pérdida de peso (56.3%) y antecedente de IRA (54.9%). Los exámenes paraclínicos indicados fueron el Hemograma, VSG, PCR en un 94.3% de los pacientes, siendo clínicamente significativos solo el 22.5% que resultaron positivos. El diagnóstico etiológico final de la Adenitis Cervical correspondió a una Adenitis Reactiva en un 85%. A un 71.8% de los pacientes se les indicó manejo con antibióticos y antiinflamatorios desde un inicio.

La conclusión de la investigación arrojó que la adenitis cervical es un hallazgo común y en la mayoría de los casos benigno. Una buena historia clínica y un examen físico completo son usualmente todo lo que es necesario para establecer el diagnóstico. La Adenitis Reactiva el hallazgo más frecuente, usualmente es autolimitada y en la mayoría de los niños no necesita de un tratamiento específico.⁽¹¹⁾

Marco Teórico

Etimológicamente la adenitis cervical proviene del griego “*adēn*” glándula y del sufijo médico “*itis*” que significa inflamación.⁽¹²⁾ Es la forma clínica más frecuente de inflamación de los ganglios en la infancia. Se definen como el aumento de volumen de los ganglios linfáticos mayor a 1 cm., que se puede acompañar o no de otros síntomas.⁽¹³⁾ Tomando en consideración que los ganglios son la primera barrera defensiva contra los agentes patógenos, cuando se activa el sistema inmunológico

por la presencia de un agente, los linfocitos se multiplican produciendo la inflamación del ganglio, cuando estos no pueden eliminar el virus o bacteria que ataca el cuerpo el ganglio se puede infectar, pudiendo aparecer la fiebre o la supuración de pus. ⁽²⁻⁴⁾

Las causas según agente etiológico más frecuentes son:

1) Causas Infecciosas

- Virales: Infecciones por virus respiratorios: adenovirus, VSR, influenza, parainfluenza, rinovirus. Infecciones de vías respiratorias altas: Coxsackievirus, herpesvirus. Infecciones virales sistémicas: VIH, sarampión, rubeola, varicela, citomegalovirus, Epstein Barr.
- Bacterianas: Infecciones respiratorias piógenas: faringitis, faringoamigdalitis. Adenitis piógena (*S. pyogenes*, *S. aureus*, anaerobios) Infecciones de cabeza y cuello Infecciones sistémicas: Endocarditis bacteriana; Sífilis, Zoonosis: brucelosis, tularemia, leptospirosis, ántrax, enfermedad por arañazo de gato; Tuberculosis: *Mycobacterium tuberculosis*, micobacterias atípicas; Actinomicosis; Infecciones por *Yersinia enterocolítica*. ⁽¹⁴⁾
- Micóticas : Histoplasmosis, Coccidioidomicosis, Paracoccidioidomicosis
- Parasitarias: Toxoplasmosis, Chagas, Pediculosis, Leishmaniasis, Filariasis.

2) Causas no infecciosas

- Neoplásicas:
Hematológicas: leucemia, histiocitosis.
Linfoides: linfomas
Tumores.
- Enfermedades autoinmunes
- Reacciones de hipersensibilidad
- Otras como Enfermedad de Kawasaki, Sarcoidosis. ⁽¹⁴⁾

Clásicamente se han dividido los casos de adenitis cervical en tres grupos: aguda bilateral (la más frecuente), aguda unilateral y subaguda-crónica. ⁽⁷⁸⁾

- Adenitis aguda bilateral: Forma más frecuente, la mayoría de los casos, a virus respiratorios. Las adenitis reactivas a estas infecciones suelen ser pequeñas y sin signos inflamatorios, no supuran y tienen un curso autolimitado, aunque en algunos casos pueden persistir durante semanas. Las adenitis cervicales aparecen en el 95% de las infecciones por *virus de Epstein barr* (VEB) y el 75% de las causadas por *Citomegalovirus* (CMV). Su tamaño varía entre 0,5 y 2,5 cm y se afectan con más frecuencia los ganglios cervicales posteriores.⁽⁸⁾ La adenitis cervical bilateral aguda también aparece en el 25-50% de los niños con rubéola, roseola (herpes 6) e infecciones por *Coxsackie*. En la rubéola suelen aparecer las adenitis antes del exantema característico.⁽⁸⁾
- Adenitis aguda unilateral: Relacionada principalmente con infecciones bacterianas. Habitualmente son adenitis de tamaño mayor a 2-3 centímetros y curso agudo (generalmente 5 días o menos), dolorosas a la palpación, presentando signos inflamatorios locales en la mayoría de los casos. Más del 80% de los casos se deben a *S. aureus* y *S. pyogenes*. Las infecciones por estas bacterias son más frecuentes en preescolares, secundarias a foco infeccioso orofaríngeo o cutáneo. En lactantes menores de 3 meses hay que considerar la posibilidad de síndrome celulitis-adenitis por *Streptococcus agalactiae*, que cursa con fiebre, afectación del estado general e inflamación cervical con celulitis de la piel suprayacente.⁽⁸⁾
- Adenitis subaguda/crónica: Aparece con más frecuencia en escolares y adolescentes y suele estar en relación con infecciones por VEB, CMV, micobacterias atípicas, tuberculosis y enfermedad por arañazo de gato. La afectación habitualmente es bilateral en VIH y toxoplasmosis, unilateral en micobacterias no tuberculosas y enfermedad por arañazo de gato y variable en tuberculosis. Las adenitis por micobacterias no tuberculosas se deben en la mayoría de los casos a *Mycobacterium avium complex* y aparecen en menores de 5 años. No suele existir clínica sistémica. La localización más frecuente es la submandibular. La piel suprayacente se va tornando violácea y, si se dejan evolucionar pueden aparecer fístulas.⁽⁸⁾

La adenitis tuberculosa suele afectar a niños mayores y a menudo se acompaña de fiebre y otros síntomas constitucionales. La adenitis es, a veces, bilateral y puede afectar a cadenas cervicales posteriores, axilares y supraclaviculares.

La primoinfección por *Toxoplasma gondii* es normalmente asintomática, aunque en un 10% produce adenitis cervicales sin tendencia a la supuración ni signos inflamatorios locales.⁽⁸⁾

Manifestaciones clínicas.

Las manifestaciones clínicas asociadas a la adenitis benigna secundaria a un proceso viral, pueden sospecharse si el evento se asocia con una infección respiratoria superior como faringitis, amigdalitis u otitis media. La afección es usualmente bilateral y el ganglio linfático es generalmente pequeño, duro, móvil y sin cambios en la piel subyacente.

Inicialmente se encuentran ganglios linfáticos dolorosos, eritematosos, calientes que pueden abscedarse. En el caso en que la infección sea causada por *S. pyogenes*, comúnmente se presenta en lactantes. En estos casos los ganglios submandibulares son los principalmente afectados (50-60% de los casos); otros son los cervicales superiores (25-30%), los submentonianos (5-8%), occipitales (3-5%) y los cervicales inferiores (2-5%). El tamaño de los ganglios puede variar de 2 a 6 cm y la afección puede ser uni o bilateral.⁽¹⁴⁾

Los pacientes en quienes el agente causal es *S. aureus* tienen una evolución muy similar y la mayoría son indistinguibles por el cuadro clínico. En estos casos, puede haber una evolución más prolongada, con mayor supuración del ganglio. Hasta 33% de los pacientes presenta adenitis en otros sitios. Existe el antecedente de infección de las vías respiratorias superiores, incluyendo dolor faríngeo (40%), otalgia o coriza (16%) e impétigo (32%), principalmente en el cuero cabelludo.⁽¹⁴⁾

Diagnostico

La orientación diagnóstica en la mayoría de los casos, con una buena historia clínica y una cuidadosa exploración física nos acerca a establecer una sospecha diagnóstica, siendo necesarios estudios complementarios adicionales. ⁽¹⁵⁾

- Hemograma: puede ser útil en el diagnóstico de la adenitis bacteriana (leucocitosis con desviación izquierda, granulaciones tóxicas en neutrófilos), o de origen viral (linfocitos activados típico en la mononucleosis infecciosa). Citopenias o blastos en sangre periférica sugieren leucemia (si se sospecha, se debe incluir extensión de sangre periférica). ⁽¹⁶⁾
- Velocidad de sedimentación globular (VSG), proteína C reactiva (PCR). Si presenta una VSG elevada *persistente*, hay que investigar.
- Bioquímica con función hepática y renal.
- Test rápido o cultivo para EGA. Un test rápido positivo indica presencia de Ag EGA; no siempre implica infección.
- Mantoux, si hay sospecha clínica.
- Serologías para CMV, VEB, *Toxoplasma* y según sospecha clínica, ampliar el estudio al VIH, lues, *Brucella*, tularemia, *B. henselae* y histoplasmosis y coccidioidomicosis. Si la serología es positiva, puede establecerse el diagnóstico definitivo sin necesidad de realizar una biopsia ganglionar. ⁽¹⁷⁾
- Hemocultivos en caso de síntomas generales (fiebre).
- Electrocardiograma y ecocardiograma si se sospecha de enfermedad de Kawasaki.
- La ecografía simple es la prueba de imagen inicial más útil en el diagnóstico diferencial de las adenitis y otras masas cervicales. Ofrece información sobre el número, el tamaño y la estructura ganglionar. Permite diferenciar entre ganglios reactivos, que no pierden su estructura ganglionar normal, y patológicos. Los ganglios sospechosos de infiltración son hipoecogénicos, redondeados, se observa pérdida del hilo ganglionar, necrosis y/o distorsión de la vascularización¹¹⁻¹⁵. Una *ratio* entre el eje ganglionar largo frente al eje corto > 2 indica benignidad, mientras

que si es < 2 indica malignidad¹¹. Ayuda a detectar abscesos que requieren drenaje y/o guiar una punción Aspiración con Aguja Fina (PAAF).⁽¹⁸⁾

- La radiografía de tórax (Rx tórax) y/o la tomografía computarizada están indicadas si hay sospecha de masa mediastínica, en el estudio de extensión de procesos malignos y la TBC. La ecografía abdominal debe realizarse en caso de palpase hepatoesplenomegalia (salvo en mononucleosis infecciosa) o si hay sospecha de proceso maligno.

- La PAAF, el drenaje o la exéresis del ganglio aportan información útil sobre la etiología del proceso¹⁶⁻¹⁸. Las muestras deben analizarse desde el punto de vista microbiológico y citológico. Los estudios microbiológicos deben incluir tinción de Gram y ácido-alcohol-resistencia, cultivo para aerobios, anaerobios, micobacterias y hongos. Es posible la detección rápida por PCR de fragmentos de ADN de diferentes bacterias y micobacterias. Para el estudio histopatológico completo, el ganglio debe ir en fresco e incluir inmunofenotipo, citogenética y estudios moleculares. Si es posible, se congelará tejido para posibles estudios moleculares posteriores. La exéresis completa del ganglio precoz está indicada cuando se sospecha malignidad y probablemente en la infección por micobacterias atípicas.⁽¹⁹⁾

La citología por PAAF es útil, pero puede dar falsos negativos¹⁶⁻¹⁸ y se prefiere la biopsia abierta con exéresis completa del ganglio y su cápsula cuando se necesita información de la estructura ganglionar (linfomas) y Debe elegirse el ganglio más grande y evitar ganglios cervicales altos o inguinales.⁽²⁰⁾

- Si hay sospecha de leucemia o linfoma se completará el estudio con un aspirado o biopsia de médula ósea.⁽²¹⁾

En cuanto al tratamiento, lo primero que hay que establecer en un niño con adenitis es si se trata de una forma localizada (regional) o generalizada, ya que la impresión diagnóstica será muy distinta en cada caso. Así, las formas generalizadas indican probablemente una etiología viral, mientras que las localizadas con mayor frecuencia serán de etiología bacteriana.⁽¹⁶⁾

Tratamiento

Si la historia y la exploración física sugieren una adenitis bacteriana localizada, se decide administrar antibióticos que incluyan cobertura para estafilococos y estreptococos. Se emplean como fármacos de elección oxacilina (200 mg/kg/día o amoxicilina-clavulánico (40 mg/kg/día) Otras alternativas son clindamicina (30 mg/kg/día) cefalosporinas de primera (cefadroxilo 50 mg/kg/día en 2 dosis) o segunda generación (cefuroxima- axetilo, 30 mg/kg/día en 2 dosis). El tratamiento antibiótico debe mantenerse 10-14 días. ⁽²²⁾

Enfermedad por arañazo de gato suele curar espontáneamente en 1- 3 meses. Valorar tratamiento con azitromicina 10 mg/kg/24 horas durante 5 días en pacientes con clínica sistémica. Si hay supuración, la punción aspirativa puede disminuir el dolor. ⁽²³⁾

Adenitis tuberculosa: tratamiento con isoniazida, rifampicina, etambutol (si no se conoce la sensibilidad de la cepa), pirazinamida durante 2 meses seguido de isoniazida y rifampicina 4 meses. El tratamiento médico suele conseguir la curación, siendo excepcional la necesidad de cirugía, aunque pueden persistir adenopatías residuales durante meses o años. ⁽²⁴⁾

Adenitis por micobacterias no tuberculosas: el tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica, que debe realizarse lo más precozmente posible. En casos recurrentes o no susceptibles de cirugía, tratamiento farmacológico durante 3-6 meses (claritromicina o azitromicina + etambutol, rifabutina o ciprofloxacina) ⁽²⁵⁾

Objetivos

Objetivo general

Describir la etiología y tratamiento de la adenitis cervical en niños de 2 a 12 años en el Hospital Pediátrico Dr. Elías Toro.

Objetivos Específicos

1. Describir las características epidemiológicas y clínicas
2. Clasificar la etiología y tratamiento recibido.
3. Analizar la frecuencia y hallazgos de los estudios histopatológicos
4. Evaluar las complicaciones asociadas

Aspectos Éticos

De acuerdo a autores, la atención en salud, es una actividad científica, social e histórica, que necesita a la bioética para impregnar de calidad y sentido la vida de todo ser humano. La atención en salud se expresa en acciones de cuidado que deben ser brindadas desde antes de la concepción hasta de la muerte. En relación a los aspectos éticos en los cuales se fundamenta este estudio se tienen lo establecido en la Ley de Ejercicio de la Medicina y con el Código de Deontología Médica vigente (Artículo 103 de la ley y Artículo 91 161 del código) y las buenas practicas clínicas que se establecen en la declaración de Helsinki. Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos las cuales son:

1. Autonomía.
2. No maleficencia.
3. Beneficencia.
4. Justicia.

Se resguarda la confidencialidad de los datos personales de los pacientes y familiares contenidos en las historias médicas.

MÉTODOS

Tipo de Estudio

Se realizó un estudio de casos, retrospectivo, descriptivo, de corte transversal.

Población

La población estuvo constituida por pacientes con adenitis cervical en edades comprendidas de 2 a 12 años de edad que ingresaron al Hospital Pediátrico “Dr. Elías Toro”

Muestra

La muestra estuvo conformada por 83 Pacientes con adenitis cervical en edades comprendidas de 2 a 12 años de edad durante el periodo comprendido entre enero 2012 y diciembre 2017.

Criterios de inclusión:

- Edades comprendidas entre 2 a 12 años de edad.
- Pacientes hospitalizados con diagnóstico de adenitis cervical en Hospital Pediátrico “Dr. Elías Toro”.
- Ambos sexos.

Criterios de exclusión

Pacientes con patología oncológica conocida

Menores de 2 años

Variables

Variables independientes: edad, sexo, nivel socioeconómico.

Variables dependientes: etiología, manifestaciones clínicas, agentes infecciosos, susceptibilidad antimicrobiana, complicaciones.

Procedimiento

La recolección de la información se realizó a través de la revisión de las Historias clínicas de los pacientes ingresados con diagnóstico de adenitis cervical de 2 a 12 años de edad, en el periodo comprendido desde enero 2012 hasta diciembre del 2017, previa autorización del departamento de historias médicas. Para ello se diseñó una hoja de recolección de datos donde se vaciaron los valores de las variables.

Tratamiento estadístico

Los datos se analizaron utilizando frecuencias, porcentajes, Chi² o prueba exacta de Fischer según corresponda, utilizando el programa estadístico SPSS versión 25.0, con un 95% de confianza.

Recursos:

Humanos

Autores del trabajo, técnicos en información y registro estadístico de historias médicas, así como los autores y la tutora del presente trabajo.

Materiales

- Computadora.
- Servicio de internet
- Hojas blancas de impresión.
- Impresora.
- Lápices y bolígrafo.

RESULTADOS

Se identificaron 83 casos de pacientes con diagnóstico de Adenitis Cervical en el periodo comprendido de enero 2012 a diciembre 2017, en el Hospital Pediátrico "Dr. Elías Toro".

De los 83 pacientes estudiados se observó que el 54,21% (45 casos) correspondieron a 2 años de edad seguido de mayor de 3 años representando 30,13% (25 casos) y 3 años 15,66% (13 casos) (Tabla 1).

El sexo masculino fue el más frecuente representando 61% (51 casos) corresponde al sexo masculino y un 39% (32 casos) para el sexo femenino (Tabla 2).

Se evaluó la condición socio económica por escala de Graffar Modificado evidenciando un 95% (79 casos) para Graffar V y 5% (4 casos) para Graffar IV (Tabla 3).

En relación a las manifestaciones clínicas se observó que la fiebre representó 95,1% (76 casos), dolor 75,9% (63 casos), limitación funcional 72,2% (60 casos), calor local 27,7% (23 casos) y cambios de coloración 10,8% (9 casos) (Tabla 4).

En cuanto a la ubicación de la adenitis no hubo significancia, se observó que el lado latero cervical izquierdo presentó 55,43% (46 casos) seguido de latero cervical derecho con 42,16% (35 casos) y bilateral (2,41%) (2 casos) (Tabla 5).

De los 83 casos estudiados a 4 pacientes se les realizaron serologías virales obteniendo 3,6% (3 casos) para Epstein Barr, 1,2% (1 caso) para citomegalovirus; se obtuvo un caso para Mycoplasma representando 1,2% y se realizó un cultivo de secreción aislando *S. aureus* representando 1,2%. A un solo paciente se realizó biopsia que arrojó como diagnóstico Histoplasmosis y el 91,6% (76 casos) no se le determinó la etiología. (Tabla 6).

Al evaluar el tratamiento en pacientes con Adenitis Cervical, se evidenció que el 53,02% (44 casos) recibieron Ampicilina/Sulbactam, el 26,50% (22 casos) Clindamicina, 20,48% (17 casos) Oxacilina más Amikacina (Tabla 7).

La mayoría de los pacientes estudiados no presentaron complicación representando un 90,4% (75 casos) (Tabla 8), mientras que el 9,6% (8 casos) presentaron complicaciones, de las cuales 5 fueron abscesos y 3 presentaron neumonía.

DISCUSION

Consideramos que nuestro estudio es de gran importancia, ya que no encontramos ningún trabajo sobre adenitis cervical en este centro hospitalario, aportando datos valiosos, que genera una amplia orientación, sobre adenitis cervical en niños de 2 a 12 años de edad en el Hospital Pediátrico Dr. Elías Toro en el periodo comprendido enero 2012 a diciembre 2017.

En nuestro estudio la edad más frecuente estuvo representando por paciente de 2 años de edad y el género que predominó fue el masculino, difiriendo del estudio de Irías, R y Meléndez, J. ⁽¹¹⁾. Que demostraron mayor frecuencia en niños 6 años de edad y del sexo femenino.

Es de hacer notar que en nuestro estudio predominó graffar V modificado, lo que representa según este medidor, pobreza crítica y se reduce a necesidades básicas, alimentarias, ambientales, sanitarias y educativas, que predispone a estos individuos al desarrollo de enfermedades.

En cuanto a las manifestaciones clínicas Coincidimos con el estudio Irías, R y Meléndez, J. ⁽¹¹⁾ que la manifestación clínica mas frecuente fue la fiebre.

En relación a la localización de las adenitis se pudo determinar que las adenitis latero cervicales unilaterales fueron las mas frecuentes en nuestro estudio predomino la adenitis latero cervical izquierda, coincidiendo con el estudio de Espejo Moreno, R, et al.

En cuanto al agente etiológico mas común tenemos que fue de etiología viral por Epstein-Barr, difiriendo del estudio de Santiago B. et al ⁽⁹⁾ y Espejo Moreno, R, et al ⁽¹⁰⁾.

En cuanto al tratamiento recibido tenemos que en nuestro estudio que el tratamiento de elección fue con antibioticoterapia indicando Ampicilina/Sulbactam en la mayoría de los casos, difiriendo del estudio de Irías, R y Meléndez, J. ⁽¹¹⁾ que refiere que

usualmente es una patología autolimitada y en la mayoría de los casos no necesita tratamiento específico.

En nuestro estudio el mayor porcentaje de los casos no presentaron complicaciones; y las que se presentaron fueron 5 abscesos y 3 presentaron neumonía. Cabe destacar que de nuestra muestra obtenida un paciente falleció a causa de Hisplasmosis.

Es de hacer notar en nuestro estudio de 83 pacientes solo 1 paciente se le realizo biopsia, en 76 casos no se determino la etiología porque no se realizaron estudios serológicos ni cultivos para bacterias, hongos y micobacterias.

Conclusiones

1. El grupo etéreo más afectado fue el de 2 años de edad.
2. El sexo predominante fue el masculino
3. La manifestación clínica más frecuente fue la fiebre seguido del dolor.
4. La localización de adenitis cervical predominó la unilateral, específicamente latero cervical izquierda.
5. No se determinó la etiología en la mayoría de los casos
6. El tratamiento de elección fue con antibioticoterapia: Ampicilina/Sulbactam.
7. La mayoría de los pacientes no presentaron complicación.

Recomendaciones

1. Realizar adecuadas historias clínicas donde se realice un buen interrogatorio y examen físico del paciente.
2. Realizar protocolo diagnóstico a pacientes con adenitis donde se haga énfasis en realizar serologías virales y cultivos en caso de ser necesarios.
3. Realizar más estudios sobre este tema que permita investigar las causas etiológicas de la adenitis cervical.

AGRADECIMIENTO

Queremos expresar los más sinceros agradecimientos a Dios, por permitirnos culminar esta etapa, por guiarnos en cada fase de la investigación.

A nuestra directora del postgrado, Dra. Juana Salgado, por ser nuestra guía y ejemplo a seguir.

A nuestra tutora Dra. Gisela Vargas, por su apoyo, colaboración, en nuestro trabajo especial de grado.

Al personal de Archivo de historias médicas del hospital pediátrico “Dr. Elías Toro”. Por toda su colaboración y buena disposición para apoyarnos en el proceso de recolección de datos para este trabajo.

A nuestras compañeras de postgrado, por brindarnos su amistad durante este camino.

A cada ser, que hizo posible este sueño, nuestro más sincero AGRADECIMIENTO.

Los autores

REFERENCIAS

- 1.- Blázquez Gamero D, Martínez Moreno C, Cordero Castro C, Rojo Conejo P. Adenitis cervical (v.3/2014). Guía ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 10-nov-2014; consultado el dd-mmm-aaaa]. Disponible en <http://www.guia-abe.es/>
- 2.- Tordecilla Juan, Joannon Pilar, Montenegro Benigno. Adenopatías en la infancia. Rev Pediatr Electr. [Internet].2012.[Citado 20 Feb 2018]; 2 (2): 21-25. Disponible en: http://www.revistapediatria.cl/vol2num2/pdf/7_adenopatias.pdf.
- 3.- Cuadros, E. Núñez, et al. Recomendaciones de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica sobre el diagnóstico y tratamiento de las adenitis por micobacterias no tuberculosas. En Anales de Pediatría. Elsevier Doyma, 2012; 23 (2): 29-32-
- 4.- Castellanos, Marly; Meléndez, B. Abordaje de las adenopatías cervicales en el paciente pediátrico. Honduras Pediátrica, 2004. 24(1): 141-6.
5. Donato, H. Rosso, A. Rossi, N. Buys, M. Rapetti, M. Adenomegalias en niños. Normas de diagnóstico y tratamiento. Arch. Argent.pediatr [internet].2003[Citado 20 Feb 2018]; 101 (3): 229. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/uploads/consensos/adenomegalias-en-ni-ntildeos-normas-de-diagn-oacutestico-y-tratamiento.pdf>
- 6.- Rodríguez, S. Artigas, et al. Síndrome adenitis-celulitis por estreptococo del grupo B en lactantes. Un indicador de bacteriemia. En Anales de Pediatría. ElsevierDoyma, 2002. (34 (2): 251-252.
- 7.- Molina J Sagaseta. Diagnóstico diferencial de las adenopatías en la infancia. VASCO-NAV Pediatr [Internet].2000; [Citado 2017 Abr 2]; 34: 30-3. Disponible en: <http://www.svnp.es/sites/default/files/34-1-30.pdf>.
- 8.- Baquero, F. Del Rosal, T. Garcia, M. F. Adenitis cervical. Unidad de infectología pediátrica Protocolos diagnosticos- terapeutico de la Asociación Española de Pediatría. Hospital Infantil La Paz. Madrid. [Citado 20 Feb 2018]Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/adenitis.pdf>
- 9.- B. Santiago J. Saavedra-Lozano, D. Blázquez, T. Sáinz, J. Becerril, R. Gómez, F. Baquero-Artigao, E. Rincón, H. Rodríguez, Z. Daoud, M.J. Ruiz, M.D. Delgado, G.L. López, C. Otero. (España 2015) “Tratamiento y evolución de las adenitis cervicales por micobacterias no tuberculosas en niños”
- 10.- Espejo Moreno, R, Grande Tejada, A.M.(1) Vicho González, M.C.(1), Fuentes Guerrero, M.(1), Expósito Expósito, M.A.(1), Silvero Enríquez, V.P.(1), Casero González, M.M.(1), Rodríguez Jimenez, B.(1), Botana del Arco, I.(2), Del Castillo Navío, E.(3) España 2015 “Adenitis cervical por micobacterias atípicas”.

- 11.- Irías, R y Meléndez, J. (2007), "Caracterización Epidemiológica de Adenitis Cervical en el Departamento de Pediatría del Hospital Materno Infantil durante el periodo de Julio 2004 a Septiembre 2006". Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Postgrado de Pediatría.
- 12.- Comité de Hematología. Adenomegalias en niños: normas de diagnóstico y tratamiento. Arch Argent Pediatr 2003; 101(3):229-33.
- 13.- Castellanos M, Meléndez B. Abordaje de las adenopatías cervicales en el paciente pediátrico. Honduras Pediátrica 2004; 24(1):141-6
- 14.- Reyes-Cadena A. Linfadenopatía cervical. Acta Pediatr Mex. 2017;38(3):208-214. [Citado 20 Feb 2018]. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2017/apm173h.pdf>
- 15.- De Torres Arelis Lleras; Villalobos Héctor; Reyes A Torres; Bernardo Cecilia, Adenitis post BC. Anales de pediatr cont.2011. 49 (1): 221-223
- 16.- Fernández López R; Rodríguez Tellez J. Criterios de tratamiento de las linfadenopatías cervicales. Acta Pediatr Mex 2011;32(6):344-350.
- 17.- Baquero, F. Del Rosal, T. Garcia, M. F. Adenitis cervical. Unidad de infectología pediátrica Protocolos diagnosticos- terapeutico de la Asociación Española de Pediatría. Hospital Infantil La Paz. Madrid. [Citado 20 Feb 2018]Disponible en: <http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/adenitis.pdf>
- 18.- Méndez A, Baquero Artigao F, García Miguel MJ, Romero MP, Alves F, del Castillo F. Adenitis por micobacterias no tuberculosas. An Pediatr (Barc). 2007; 66: 254-9.
- 19.- Tordecilla J, Bravo M, Vildósola J, Las Heras J. Adenopatías del cuello. Análisis prospectivo de 106 pacientes. Pediatría, 1988; 31:69^a.
- 20.- Ranero Agustín, Vidal Vásquez Rosa Patricia. Linfadenopatía. Infectología Clínica Pediátrica, 7 ed. 2004;781-91.
- 21.- Baquero Artigao F. Infección pediátrica por micobacterias no tuberculosas. An Pediatr (Barc). 2005; 62: 458-66.
- 22.- Zúñiga S. Lesiones Cervicales en niños. Manual de Patología Quirúrgica de Cabeza y Cuello. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2000.
- 23.- Baquero Artigao F, Méndez, A. Adenitis cervical. En: Moreno D, Mellado MJ, Ramos JT, eds. Infectología pediátrica. Guía de actuación diagnóstico-terapéutica. Madrid: Edika Med; 2007. p. 84-7.
- 24.- Leung AK, Robson WL. Cervical lymphadenopathy in children. Can J Pediatr 1991;3:10-17.

25.- Clare J, Michael P. Assessment of lymphadenopathy in children. *Pediatr Clin North Am* 2002;49,1009–25.

ANEXOS

ANEXO 1

**FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
ADENITIS CERVICAL EN NIÑOS: ETIOLOGIA Y TRATAMIENTO**

Nombre:

Edad:

Sexo:

Numero de historia:

Diagnóstico de egreso:

Graffar:

I	II	III	IV	V

Manifestaciones clínicas:

Localización de la adenitis:

Etiología:

Tratamiento:

Complicaciones:

Germen Aislado:

Antibiograma:

Anexo 2

Carta de declaración de confidencialidad

Mediante la presente, nosotras Crismartha Marivisay Berroterán Blanco y María José Domínguez Barrios, titulares de las Cédulas de Identidad V- 19.163.291 y 18.617.115, respectivamente, en condición de Médicos Residentes del Programa de Especialización en Pediatría y Puericultura del Hospital Pediátrico “Dr. Elías Toro”, nos comprometemos a guardar confidencialidad de los datos de los pacientes registrados en las historias clínicas, que se revisarán para la realización del Proyecto de Trabajo Especial de Grado del Hospital Pediátrico “Dr. Elías Toro”.

Anexo 3

Tabla 1

Distribución según edad

Edad	Cantidad	Porcentaje
Preescolares	45	82%
Escolares	25	17%
Adolescente	13	1%
Total	83	100%

Fuente: Archivo de historias clínicas de los pacientes ingresados con diagnóstico de adenitis cervical del Hospital Pediátrico Dr. "Elías Toro"

Tabla 2

Distribución de Adenitis cervical según sexo

Sexo	Cantidad	Porcentaje
Masculino	51	61%
Femenino	32	39%
Total	83	100%

Fuente: Archivo de historias clínicas de los pacientes ingresados con diagnóstico de adenitis cervical del Hospital Pediátrico Dr. "Elías Toro"

Anexo 4

Tabla 3

Estatus socioeconómico

Graffar	Cantidad	Porcentaje
V	79	95%
IV	4	5%
Total	83	100%

Fuente: Archivo de historias clínicas de los pacientes ingresados con diagnóstico de adenitis cervical del Hospital Pediátrico Dr. "Elías Toro"

Anexo 5

Tabla 4

Manifestaciones clínicas

	Frecuencia	%
Fiebre	76	95,1
Dolor	63	75,9
Limitación Funcional	60	72,2
Calor local	23	27,7
Cambios de coloración	9	10,8

Fuente: Archivo de historias clínicas de los pacientes ingresados con diagnóstico de adenitis cervical del Hospital Pediátrico Dr. "Elías Toro".

Anexo 6

Tabla 5

Adenitis cervical: localización

Localización	Frecuencia	Porcentaje
Izquierdo	46	55,43
Derecho	35	42.16
Bilateral	2	2.41%
Total	83	100%

Fuente: Archivo de historias clínicas de los pacientes ingresados con diagnóstico de adenitis cervical del Hospital Pediátrico Dr. "Elías Toro".

Anexo 7

Tabla 6
Etiología de Adenitis Cervical

		Cantidad	Porcentaje
	No se Determino	76	91.6%
Virus	Epstein Barr	3	3,6%
	Citomegalovirus	1	1,2%
Bacterias	Mycoplasma	1	1,2%
	S. aureus	1	1,2%
Micosis	Histoplasma	1	1,2%
	Total	83	100%

Fuente: Archivo de historias clínicas de los pacientes ingresados con diagnóstico de adenitis cervical del Hospital Pediátrico Dr. "Elías Toro".

Anexo 8

Tabla 7

Tratamiento en pacientes con Adenitis cervical

Tratamiento	Cantidad	Porcentaje
Ampicilina/Sulbactam	44	53.02%
Clindamicina	22	26.50
Oxacilina mas Amikacina	17	20.48
Total	83	100%

Fuente: Archivo de historias clínicas de los pacientes ingresados con diagnóstico de adenitis cervical del Hospital Pediátrico Dr. "Elías Toro"

Tabla 8

Complicaciones de los pacientes

Complicaciones	Cantidad	Porcentaje
No	75	90,4%
Si	8	9.6%
Total	83	100%

Fuente: Archivo de historias clínicas de los pacientes ingresados con diagnóstico de adenitis cervical del Hospital Pediátrico Dr. "Elías Toro"