



Diagnóstico a primera vista

Síndrome febril y tumoración cervical en un neonato

Fever and cervical mass in a neonate

Mamiko Onoda^{a,*}, Lucía M. Figueroa Ospina^b y Diego Hernández Martín^b

^a Pediatría, centro de salud Valde las Fuentes, Alcobendas, Madrid, España

^b Unidad de Neonatología, Hospital General de Villalba, Villalba, Madrid, España



Descripción clínica

Neonato de 20 días de vida que consulta en urgencias pediátricas por fiebre de hasta 38,1 °C de 45 min de evolución. Los padres referían además irritabilidad en las últimas 2 h. No asociaba otra sintomatología, ni ambiente epidémico familiar. Antecedente de febrícula autolimitada una semana antes del cuadro actual. Exploración física en el servicio de urgencias dentro de la normalidad.

Antecedentes personales: embarazo controlado, sin complicaciones. Cultivo en orina en segundo trimestre positivo para *Streptococcus agalactiae*, estreptococo grupo B (EGB), con profilaxis antibiótica intraparto completa según protocolo. Rotura espontánea de membranas, con líquido claro, 2 h de bolsa rota. Parto eutócico a las 39+3 semanas de edad gestacional, somatometría normal al nacimiento. Ingreso en neonatología a las 40 h de vida por ictericia isoimmune por lo que recibió fototerapia durante 3 días. Lactancia materna exclusiva desde el nacimiento con buen desarrollo ponderal. No clínica materna sugestiva de mastitis.

Evolución

Ante el cuadro de fiebre sin foco en un neonato se realizaron las siguientes pruebas complementarias: analítica sanguínea, sistemática y sedimento de orina, punción lumbar, PCR de virus respiratorios, hemocultivo, urocultivo y cultivo de líquido cefalorraquídeo (LCR). En la analítica destacaba discreta leucocitosis (18,4 mil/mcl) y neutrofilia para la edad (14,6 mil/mcl), con serie roja y plaquetas normales. Bioquímica con iones, perfil renal y hepático normal. Proteína C reactiva 0,82 mg/dl y procalcitonina de 12,7 ng/ml. Sistemático de orina y citoquímica del LCR normales. Ante la sospecha de sepsis neonatal tardía se ingresó para tratamiento antibiótico empírico intravenoso con ampicilina y cefotaxima.

A las 24 horas del ingreso el paciente se encontraba afebril, pero destacaba en la exploración física una tumoración laterocervical

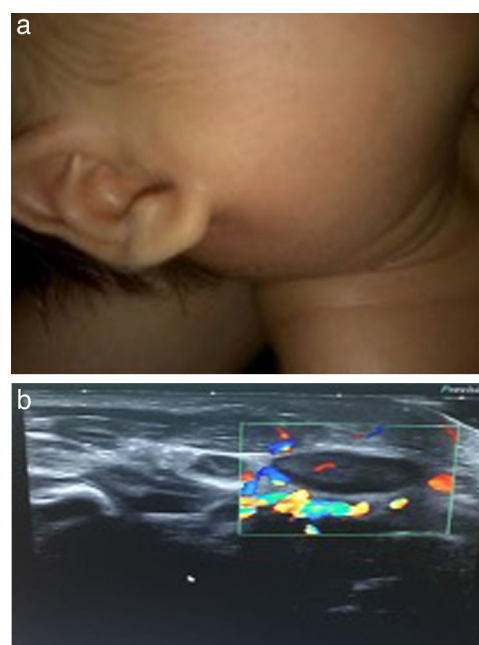


Figura 1. A. Tumoración laterocervical derecha. B. Eco-doppler: múltiples adenopatías laterocervicales derechas significativas en cuanto a número, ecoestructura normal y tamaño en rango no significativo, de características inflamatorias.

derecha asociada a cambios inflamatorios cutáneos y dolorosa a la palpación (fig. 1A). En la ecografía cervical se evidenciaron adenopatías laterocervicales derechas con cambios inflamatorios-infecciosos adyacentes sin claras colecciones (fig. 1B). A las 48 h del ingreso informaron de microbiología sobre el crecimiento de *Streptococcus agalactiae* sensible a ampicilina en el hemocultivo por lo que se modificó la pauta a ampicilina. El cultivo de LCR fue negativo para bacterias y el panel de PCR en LCR para bacterias y virus también. El paciente completó 10 días de tratamiento antibiótico intravenoso con evolución clínica favorable. Hemocultivo de control a las 72 h estéril.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mamiko.onoda@gmail.com (M. Onoda).

Comentario final

El EGB es la causa más frecuente de sepsis neonatal de origen bacteriano, tanto en su forma precoz (primeros 6 días de vida) como en su forma tardía (a partir del séptimo día de vida)^{1,2}. Si bien las medidas preventivas como la detección de colonización por EGB de las embarazadas y la profilaxis antibiótica intraparto han logrado una importante disminución de la infección neonatal precoz, no ha sido así con las infecciones tardías. Se desconoce el mecanismo patogénico de la infección neonatal tardía y también de las vías de transmisión, aunque se cree que la transmisión sea horizontal de contactos colonizados (madre, familiares, comunidad)¹.

La clínica inicial suele ser fiebre, irritabilidad y/o rechazo de las tomas². La infección es bacteriémica, aunque las manifestaciones iniciales pueden ser locales, con afectación osteoarticular o en forma de adenitis-celulitis. Hasta en un tercio de los casos hay afectación meníngea³. Aún siendo una manifestación conocida, la adenitis-celulitis es infrecuente. En una serie de casos de 11 años un 4% de los casos se manifestaron como adenitis-celulitis⁴ aunque en una revisión de 7 años de infecciones tardías por EGB de un hospital terciario en Madrid se identificaron 24 neonatos de los cuales 5 (20,8%) presentaron síndrome adenitis-celulitis².

El pronóstico de la infección, sin afectación del sistema nervioso central, es generalmente bueno con favorable respuesta al tratamiento antibiótico intravenoso^{3,5}. Ante la sospecha de sepsis neonatal tardía se recomienda tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro a la espera de resultados de los cultivos. Asimismo

se debe descartar la afectación sistémica y del sistema nervioso central aunque la presentación sea localizada³.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no hay conflictos de intereses.

Bibliografía

1. Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología; Sociedad Española de Neonatología; Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica; Sociedad Española de Quimioterapia; Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Prevención de la infección perinatal por estreptococo del grupo B. Recomendaciones españolas revisadas [Prevention of perinatal group B streptococcal infection. Revised Spanish guidelines]. *Rev Esp Quimioter.* 2003;16:335–42. Spanish.
2. Prieto Tato LM, Gimeno Díaz de Atauri A, Aracil Santos J, Omeñaca Teres F, del Castillo Martín F, de José Gómez MI. Infección tardía por estreptococo del grupo B: experiencia en un hospital de tercer nivel (2000-2006). *An Pediatr (Barc).* 2008;68:239–43. <http://dx.doi.org/10.1157/13116703>. Spanish.
3. Soler Palacín P, Monfort Gil R, Castells Vilella L, Pagone Tangorra F, Serres i Créixams X, Balcells Ramírez J. Síndrome de celulitis-adenitis por estreptococo del grupo B como presentación de sepsis neonatal tardía. *An Pediatr (Barc).* 2004;60:75–9. [http://dx.doi.org/10.1016/s1695-4033\(04\)78219-3](http://dx.doi.org/10.1016/s1695-4033(04)78219-3). Spanish.
4. Yagupsky P, Menegus MA, Powell KR. The changing spectrum of group B streptococcal disease in infants: An eleven-year experience in a tertiary care hospital. *Pediatr Infect Dis J.* 1991;10:801–8. <http://dx.doi.org/10.1097/00006454-1991111000-00002>.
5. Sarrión-Sos N, Morell-García M, Martínez-Sebastián L, Centeno-Rubiano JM, Montesinos-Sanchis E, Orta-Sibú N. Síndrome celulitis-adenitis, una forma infrecuente de presentación de la sepsis neonatal tardía: A propósito de dos casos. *Arch Argent Pediatr.* 2018;116:e769–72. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2018.e769>. Spanish.