

Tratamiento de la linfadenitis

Sr. Editor:

He leído con atención la nota clínica de Sanz Santaefemia et al¹, publicada recientemente en su revista, sobre la utilidad de la antibioterapia en el tratamiento de las adenopatías por micobacterias no tuberculosas (MNT).

Como se manifiesta en dicho artículo, 6 de los 8 casos estudiados (cinco con diagnóstico certero y tres con diagnóstico presuntivo) respondieron muy bien al tratamiento instaurado con la combinación antibiótica de claritromicina y ciprofloxacino más cirugía y otro caso que resultó en fracaso terapéutico con la combinación antibiótica citada (con escaso cumplimiento), sin cirugía.

Teniendo en cuenta el título del artículo con los términos «utilidad de la antibioterapia», me llama la atención que en 7 casos, de los dos antibióticos elegidos, uno de ellos fuese una fluoroquinolona. Esta selección y lo que se expresa en el último párrafo de su artículo puede dar a entender a los lectores que ciprofloxacino, en lugar de una alternativa es el antibiótico de elección que debe asociarse a claritromicina en el tratamiento de la linfadenitis por MNT.

Según referencias actuales y como afirman los autores, el tratamiento de elección en este tipo de linfadenopatías es la resección quirúrgica completa que alcanza tasas de curación de más del 90%²⁻⁴. Si se ha realizado la punción con aguja fina o la incisión y la extirpación completa de los nódulos no ha sido posible, está indicado el tratamiento antibiótico con dos o tres fármacos: claritromicina más rifampicina (con o sin etambutol)^{2,3}. En otros casos, esta quimioterapia instaurada inicialmente consigue reducir el tamaño de los nódulos y hacer más fácil la cirugía.

La linfadenitis cervical, submandibular o submaxilar, es la manifestación más frecuente de infección por MNT en niños. Una vez establecido el diagnóstico, el tratamiento puede ser proble-

mático. Como pueden comprobar en la referencia n° 19 que los autores incluyen en su artículo, de los 19 niños estudiados y tratados, ninguno recibió tratamiento con una fluoroquinolona³. Aun reconociendo la sensibilidad de las MNT a ciprofloxacino, ni siquiera en adultos (en los que no existe el riesgo de artropatía) es tratamiento de elección incluso en la enfermedad pulmonar o formas diseminadas debidas a micobacterias de crecimiento lento⁵.

Los autores advierten con razón sobre los posibles efectos secundarios atribuidos a ciprofloxacino y de las cautelas existentes en el uso pediátrico de las fluoroquinolonas.

A pesar de que la relación entre fluoroquinolonas y las alteraciones del cartílago articular o del tendón es muy baja (p. ej., en 6.000 niños tratados, la incidencia fue inferior al 1%, una cifra comparable a la observada en niños tratados con otros antibióticos como azitromicina)⁶, siguen estando contraindicadas en menores de 18 años y no deben ser utilizadas en niños para el tratamiento de infecciones mientras se disponga de otros antimicrobianos efectivos y seguros⁷. Sólo en circunstancias especiales está justificado su uso y así está establecido y deber ser conocido por los pediatras: *a)* no disponibilidad de otro antimicrobiano por vía oral con la misma indicación; *b)* infecciones debidas a microorganismos resistentes a múltiples fármacos⁸. En ninguno de estos supuestos se incluye la linfadenitis por MNT.

Aunque también se pondrían poner limitaciones a la utilización de etambutol por su potencial toxicidad óptica, esta es dependiente de la dosis y muy rara por encima de la dosis recomendada de 15 mg/kg/día y este efecto secundario es transitorio y desaparece al suspender el tratamiento⁹.

F. Álvez González

Departamento de Pediatría. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela. España.

Correspondencia: Dr. F. Álvez González.

Departamento de Pediatría. Hospital Clínico universitario. Avda. Choupana, s/n. 15706 Santiago de Compostela. España. Correo electrónico: fernanalvez@hotmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Sanz Santaefemia FJ, Ramos Amador JT, Giangaspro E, Sánchez Granados JM, Palenque E, González Tomé MI. Utilidad de antibioterapia asociada a cirugía en el tratamiento de adenopatías por micobacterias no tuberculosas. *An Pediatr (Barc)*. 2005;62:282-5.
2. Loeffler AM. Treatment options for nontuberculous mycobacterial adenitis in children. *Pediatr Infect Dis J*. 2004;23:957-8.
3. Hazra R, Robson CD, Pérez-Atayde AR, Husson RN. Lymphadenitis due to nontuberculous mycobacteria in children: Presentation and response to therapy. *Clin Infect Dis*. 1999;28:123-9.
4. Correa AG, Starke JR. Nontuberculous mycobacterial disease in children. *Semin Respir Infect*. 1996;11:262-71.
5. American Thoracic Society. Diagnosis and treatment of disease caused by nontuberculous mycobacteria. *Am J Respir Crit Care Med*. 1997;156:1-25.
6. Yee CL, Duffy CMB, Gerbino PG, Stryker S, Noel GJ. Tendon or joint disorders in children after treatment with fluoroquinolones or azithromycin. *Pediatr Infect Dis J*. 2002;21:525-9.
7. Congeni BL, Thomson RB Jr. Fluoroquinolones: Considerations for future use. *Pediatr Infect Dis J*. 2002;21:345-6.
8. American Academy of Pediatrics. Agentes antimicrobianos y tratamiento relacionado. En: Pickering LK, editor. *Red Book*:

2003 Report of the Committee on Infectious Diseases. 26th ed. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics; 2003. p. 581.

9. Patterson P, Kimerling ME, Bailey WC, Dunlap N. Chemotherapy of tuberculosis. En: Schlossberg D, editor. Tuberculosis and nontuberculous mycobacterial infections. 4th ed. Philadelphia: Saunders; 1999. p. 71-82.