

## PRESENTACIÓN DE CASO

### Tuberculosis ganglionar cervical

#### Cervical lymph node TB

**Autores:** Dr. Osmany Leonel Mendoza Cruz\*, Dra. María Elena González Santana\*, Dra. Caridad Estrabao Martínez\*

\* Especialista de Primer Grado en Otorrinolaringología. Servicio de Otorrinolaringología, Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna". Las Tunas, Cuba.

#### Correspondencia a:

Dr. Osmany Leonel Mendoza Cruz

Correo electrónico: osmanymc@ltu.sld.cu

#### RESUMEN

La tuberculosis es una enfermedad reemergente en la actual sociedad globalizada y puede presentarse prácticamente ante cualquier especialista. Las formas extrapulmonares pueden representar hasta la cuarta parte de los casos, y entre ellos la afectación ganglionar se ubica entre las más frecuentes. Se reportan dos pacientes estudiados y tratados en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital General de Bata, Litoral de Guinea Ecuatorial, África Central, afectados por tumoraciones laterocervicales subagudas, con escasos síntomas y excelente evolución, tras su diagnóstico de tuberculosis ganglionar cervical y terapéutica antibiótica. Aunque la punción y aspiración con aguja fina no fue concluyente, ambos casos resultaron positivos por medio de la tinción de Ziehl-Neelsen.

**Palabras clave:** TUBERCULOSIS; TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR; TUBERCULOSIS GANGLIONAR.

**Descriptor:** TUBERCULOSIS GANGLIONAR/diagnóstico; TUBERCULOSIS GANGLIONAR/terapia.

#### SUMMARY

Tuberculosis is a re-emerging disease in the present global society and may show up in front of any specialist. Extrapulmonary localization could represent up to fourth of the cases and, among them, ganglionar presentation ranks as one of the most frequent. Two cases are reported who were admitted to and treated at Otorhinolaryngology Service, Bata General Hospital, Litoral of Equatorial Guinea, Central Africa, affected by subacute lateral cervical tumors, with scarce symptoms and an excellent evolution after diagnosis of cervical ganglionar tuberculosis and antibiotic therapy. Although fine needle puncture and aspiration was not concluding, both patients were positive by Ziehl-Neelsen staining.

**Key words:** TUBERCULOSIS; EXTRAPULMONARY TUBERCULOSIS; GANGLIONAR TUBERCULOSIS.

**Descriptor:** TUBERCULOSIS, LYMPH NODE/diagnosis; TUBERCULOSIS, LYMPH NODE/therapy.

#### INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) es una enfermedad granulomatosa crónica, provocada por *Mycobacterium tuberculosis*, transmitida fundamentalmente por vía respiratoria, aunque puede afectar a cualquier órgano. (1-4) En las últimas décadas su incidencia había descendido en los países occidentales, lo cual se interrumpió por la

expansión del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) en los años noventa y más recientemente por casos importados por inmigrantes. (1-3) Se trata de un problema de salud global, con alrededor de ocho millones de personas afectadas por año y tres millones de muertes anuales por sus complicaciones. (5-6) Es la mayor causa de muerte por un único agente infeccioso y su creciente



incidencia, especialmente en países subdesarrollados, ha hecho que la Organización Mundial de la Salud (OMS) la haya declarado una emergencia global. (5)

Actualmente la TB extrapulmonar constituye el 25% del total de la enfermedad, dentro de la cual la afectación ganglionar cervical constituye el 35-50%, por lo que esta presentación debe ser conocida y sospechada. (1-6) Por ser algo imitadora y poder coexistir o enmascarse con otras alteraciones cervicofaciales de carácter benigno o maligno, un mayor índice de sospecha podría orientar el diagnóstico de forma más precoz y permitir tratamientos más acertados. Se presentan dos pacientes estudiados y tratados en el Servicio de Otorrinolaringología (ORL) del Hospital General de Bata, Litoral de Guinea Ecuatorial, África Central.

## PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

**Paciente 1.** Paciente femenina de 24 años, con antecedentes de salud, atendida en consultas de ORL por una tumoración de región parotídea derecha, no dolorosa y de cinco meses de evolución. Aparece una tumoración en la región cervical ipsilateral de 3 cm, movable, no dolorosa (**figura 1**). La punción y aspiración con aguja fina (PAAF) se informó como no concluyente. El estudio histopatológico reportó un proceso inflamatorio crónico granulomatoso necrotizante; la tinción de Ziehl-Nielsen para bacilo ácido-alcohol resistente fue positiva. Se remitió a la sala de tuberculosis, donde se le prescribió tratamiento y seguimiento.

**FIGURA 1. Agrandamiento parotídeo (A) y ganglio linfático supraclavicular (B) derechos, como formas de presentación de la tuberculosis**



A



B

**Paciente 2.** Paciente femenina de 48 años, con antecedentes de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), seguida en la sala de enfermedades infecciosas e interconsultada por el servicio de ORL por la presencia de varias tumoraciones diseminadas por todo el cuello, a predominio de ambas regiones laterales, de dos meses de evolución, de crecimiento progresivo y dolorosas, acompañadas de fiebre ocasional, como únicos síntomas. La exploración por ORL describió

tumoraciones laterocervicales múltiples, la mayor de unos 3x3 cm de diámetro, profundas, dolorosas, fluctuantes, fijas con una coloración grisácea (**figura 2**). La ecografía cervical informó múltiples adenopatías laterocervicales izquierdas de ecoestructura mixta, probablemente masa adenopática en fase flegmonosa. La PAAF se informó como no concluyente. La tinción de Ziehl-Neelsen fue positiva para TB. El tratamiento seguido fue el mismo que en el caso de la primera paciente.

**FIGURA 2. Ganglios linfáticos supraclaviculares y periauriculares, como otra forma de presentación de la tuberculosis**



## DISCUSIÓN

Clásicamente la linfadenitis cervical tuberculosa, como forma más frecuente de TB extrapulmonar, ha sido una afección más común en niños y adultos jóvenes, (7) pero el pico de edad de mayor incidencia se ha desplazado a los 20-40 años, con una frecuencia del 70% en el sexo femenino. (1-4) La afectación ganglionar cervical tuberculosa supone el 5% de los procesos linfadenopáticos de dicha zona: el triángulo posterior, el supraclavicular y la cadena de la vena yugular interna son los sitios afectados más comúnmente. (3-6)

En países desarrollados la mayoría de casos ocurren en población adulta inmigrante de regiones endémicas; llegan hasta el 70% en Francia y Alemania. (5) Es 500 veces más frecuente en pacientes con VIH que en la población sana, y hasta 80% de la población afectada desarrolla formas extrapulmonares. (2) En cualquier caso, también debe considerarse de alto riesgo a la población envejecida e inmunodeprimidos no infectados por VIH como trasplantados, tratados con inmunosupresores, cirróticos o nefrópatas, y saber que el hacinamiento y los focos de pobreza crecientes en las grandes ciudades también son predisponentes y facilitan la difusión. (1-3)

Tras la afectación ganglionar, que puede llegar hasta el 95% de casos extrapulmonares, (1) se ubica la laríngea, forma más frecuente hasta el siglo XX, en forma de úlceras de cuerdas vocales o nódulos/pólipos epiglóticos. Con menor frecuencia puede aparecer en el área nasal/paranasal, oral, glándulas salivares, vértebras cervicales y pabellones auditivos/mastoides. (2) Es necesario destacar que no es frecuente la afectación pulmonar simultánea en estos pacientes, solo en 10-20% de ellos, pero sí existe un alto nivel de coinfección por VIH. (3, 7, 8)

La vía de infección más probable es vía aérea por gotas de Pflüger, que provoca el contacto con el anillo de Waldeyer y, desde éste, diseminación y afectación secundaria local. Se piensa que podría ser consecuencia de una reactivación de una infección previa en el tiempo, quizás años atrás. (7-9) La inoculación directa desde un foco pulmonar a laringe, faringe y cavidad oral es posible mediante expectoración de esputo infeccioso, así como la llegada del bacilo por vía hematogena o linfática a los ganglios. (5-7)

La presentación clínica más frecuente se acoge a la descrita en las pacientes aquí reportadas: masa cervical multilobulada unilateral en 66-80% de casos, (1, 6) consistente en adenopatías múltiples aglomeradas y abscedadas; la fiebre nocturna, la anorexia, la astenia, la pérdida de peso y el dolor aparecen en el 50% de los casos, y que se mantienen durante semanas o meses antes de llegar al

diagnóstico. Así, el diagnóstico diferencial frente a un linfoma o una metástasis puede ser complicado únicamente con la exploración clínica. (4-6)

El diagnóstico puede iniciar con la aspiración por aguja fina, simple, segura, con pocas complicaciones y económica; presenta una especificidad del 93% y una sensibilidad del 77%. (3, 5) El diagnóstico definitivo, sin embargo, debe ser una combinación de estudios anatomopatológico y microbiológico, con cultivo en medios específicos y búsqueda de posibles resistencias a antibióticos. Hay que tener en cuenta que muchas veces se debe plantear una intervención quirúrgica, para obtención de material más satisfactorio. (8, 9) Un cultivo negativo no excluye la enfermedad, porque los ganglios podrían no contener bacilos vivos y, además, sus resultados pueden tardar semanas en llegar, cuando el paciente probablemente ya esté en tratamiento. Es por ello que, quizás, sea buena opción la PAAF inicial, como método más rápido. (7-9) La radiografía de tórax debe ser realizada de forma invariable, para descartar la afectación pulmonar. (4-6)

La ecografía puede revelar como imagen nódulos hipoeoicos, con un patrón heterogéneo y necrosis central, junto a edema del tejido blando perilesional. La tomografía computarizada, para conocer la disposición y el grado de afectación tisular y anatómica de la región, determina la morfología de las lesiones de forma detallada, con vistas a una posible cirugía; lo característico es la formación de conglomerados, hipodensidad central del nódulo, con realce periférico e inflamación del tejido blando circundante. (5-8) La resonancia magnética nuclear también puede ser de ayuda en la evaluación de la afectación locorregional. (3)

Por las técnicas de anatomía patológica se encuentran granulomas con células gigantes multinucleadas e infiltración aguda neutrofílica, con o sin necrosis. (2) Además de los métodos de cultivo rápido para la identificación positiva y el inicio del tratamiento precoz, la detección de las micobacterias por amplificación del ADN (reacción en cadena de la polimerasa) son de ayuda en casos de dificultad diagnóstica; se les estima una sensibilidad muy variable (41-75%) y especificidad de casi 100%, con gran variabilidad según el laboratorio. (1)

Los diagnósticos diferenciales a considerar incluirían el linfoma, el carcinoma epidermoide de cabeza y cuello de forma primaria o metastásica, carcinoma papilar tiroideo, procesos inflamatorios y granulomatosos como la enfermedad de Wegener, lupus eritematoso sistémico, sarcoidosis, artritis reumatoide, amiloidosis, policondritis, enfermedad de Castleman, sífilis, enfermedad por arañazo de gato, toxoplasmosis, actinomicosis, tularemia e infecciones víricas sistémicas, como la mononucleosis. (3-7)

Debe indagarse si el paciente reside o procede de áreas endémicas, o si ha estado en contacto o expuesto a la enfermedad en el pasado cercano o lejano.

Actualmente el tratamiento antibiótico es la opción indicada, con 80-90% de éxito, (6, 9) mientras que la cirugía alternativa controvertida se reserva a aquellos casos de grandes conglomerados adenopáticos o abscesos fríos, o bien cuando se precisa una biopsia, siempre excisional y nunca realizando linfadenectomías amplias, porque el diagnóstico definitivo no se ha podido obtener por citologías u otro modo. Las tasas de recidiva son alrededor de 3,5%, o de persistencia tras la terapia de 7%-11%. (1-5) La cirugía podría provocar la diseminación locorregional de la enfermedad, así como la aparición de complicaciones del tipo fístula crónica, retrasos de la cicatrización, cicatrices deformantes, síndrome de Horner, lesiones de VII y XI pares craneales. (7)

Debe tenerse en mente el riesgo de hepatotoxicidad

y las interacciones con otros fármacos, así como ser conscientes de la posibilidad de una reacción paradójica, que ocurre en 20% de casos, pero mayor en grupo de VIH+; esta provoca crecimiento ganglionar, fluctuación, dolor e, incluso, fístula al inicio del tratamiento, lo que puede requerir drenajes repetidos y tratamiento corticoideo. (6)

El médico debe mantenerse alerta ante la mínima sospecha, en una condición que no responde al tratamiento convencional antibiótico o antiinflamatorio, o bien en lesiones con apariencia inusual o que no manifiestan malignidad, en pacientes inmunocomprometidos o inmersos en un entorno socioeconómico desfavorecido. (2) No debe olvidarse que las migraciones, el turismo, las carencias de alimentación y el contacto cultural e interpersonal se conviertan en perfectos vectores de la TB. (5-8) Un tratamiento precoz previene las complicaciones y la morbilidad de la enfermedad diseminada.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Sant'Anna Clemax Couto, Schmidt Christiane Mello, March Maria de Fátima B. Pombo, Pereira Susan Martins, Barreto Maurício L. Tuberculose em adolescentes em duas capitais brasileiras. Cad. Saúde Pública [revista en la Internet]. 2013 Ene [citado 2014 Mayo 19]; 29(1): 111-116. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013000100013&lng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000100013&lng=es).
2. Didier Cruz I, Velásquez Serratos B, Alejandro García A. Linfadenopatía tuberculosa. Diagnóstico y tratamiento. Informe de un caso. Arch Argent Pediatr. 2011; 109(1): 26-9.
3. López González J, Quintero Salcedo S, García Gómez O, Marrero Rodríguez H, López Soria O. Tuberculosis ganglionar en un adulto joven. MEDISAN [revista en la Internet]. set. 2011; [citado 2014 Mayo 19] 15: 9. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol15\\_9\\_11/san16911.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol15_9_11/san16911.pdf)
4. Durruthy Wilson Odalys, Suazo Valle Nayvis, Perón Ortiz Daysi. Linfadenitis de causa tuberculosa: diagnóstico por punción aspirativa con aguja fina. AMC [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2014 Mayo 19]; 15(6): 1054-1062. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552011000600013&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552011000600013&lng=es).
5. Rodríguez-Pérez MA, Aguirre-García F. Tuberculosis ganglionar cervical. ¿Pensamos en ella, o nos sorprende? Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello [revista en la Internet]. abr. 2012; [citado 2014 Mayo 19] 72(1). Disponible en <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162012000100009>
6. Moreno Pérez D, Andrés Martí A, Altet Gómez N, Baquero- Artgao F. Diagnóstico de la tuberculosis en la edad pediátrica. An Pediatr (Barc). 2010; 72(4): 283.
7. Prasad KC, Sreedharan S, Chakravarthy Y. Tuberculosis in the head and neck: experience in India. The Journal of Laryngology & Otology 2007; 121: 979-85.
8. MECHAN, Victor et al. Paciente VIH positivo con tuberculosis sistémica y lesiones osteolíticas de la calvaria, semejando mieloma múltiple. An. Fac. med. [revista en la Internet]. 2010, 71(3): 207-212 [citado 2014-05-19]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102555832010000300011&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102555832010000300011&lng=es&nrm=iso). ISSN 1025-5583.
9. Vaid S, Lee YYP, Rawat S, Luthra A. Tuberculosis in the head and neck—a forgotten differential diagnosis. Clinical Radiology 2010; 65: 73-81.
10. Wang WC; Chen JY; Chen YK. Tuberculosis of the head and neck: a review of 20 cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2009; 107: 381-6.