

Tuberculosis ganglionar. Experiencia en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Dres. Israel Cruz ¹, Margarita Salcedo ²

Resumen

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) es un centro nacional de referencia para tuberculosis. Se reporta el caso de un preescolar masculino de 5 años de edad, enviado por presentar una adenopatía en el cuello y fístula que se manifestaba por la salida de líquido purulento. Se le diagnosticó tuberculosis ganglionar y se indicó tratamiento antituberculoso.

PALABRAS CLAVE: TUBERCULOSIS GANGLIONAR
GANGLIOS LINFÁTICOS
CUELLO
MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS

Summary

The National Institute of Respiratory Diseases (INER) is an important reference center for tuberculosis. We report the case of a 5 year old boy, sent because he presented cervical adenopathy and fistula which was manifested by pus discharge, which was diagnosed as lymph node tuberculosis so it was treated with anti-tuberculosis drugs.

KEY WORDS: TUBERCULOSIS, LYMPH NODE
LYMPH NODES
NECK
MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS

Introducción

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa de distribución mundial, causada por el *Mycobacterium tuberculosis* (MT), un bacilo Gram positivo, aerobio resistente que ingresa al organismo generalmente por el aparato respiratorio, y con menos frecuencia, por el tracto gastrointestinal. El complejo primario de Ranke (neumonitis, linfangitis y adenitis) se cura en la mayoría de los casos, dejando únicamente una inmunidad detectada por la prueba de la tuberculina ^(1,5).

Después de una primoinfección tuberculosa; en 90%-95% de los niños inmunocompetentes permanecen algunos bacilos en estado de latencia en el interior de los macrófagos que se localizan en los ganglios linfáticos. De éstos, el 5% tendrá una diseminación hematogena y/o linfática a los diferentes órganos, provocando algún tipo de tuberculosis extrapulmonar ^(4,5). Debido al alto tropismo que el MT presenta por los nódulos linfáticos en niños pequeños, en 25%-35% se produce una afectación a los ganglios linfáticos cervicales, siendo ésta la razón por cual la linfadenopatía periférica es la forma extrapulmonar más común ⁽³⁾.

En México la TB sigue siendo un problema de salud pública, el INER es un centro de referencia y cuando un paciente es sospechoso se realiza el diagnóstico en base a los criterios diagnósticos de TB infantil, los cuales recomiendan la búsqueda de antecedentes epidemiológicos, aislamiento del bacilo ácido alcohol resistente (BAAR), derivado proteico purificado (PPD, por su sigla en inglés) mayor a 10 mm, radiografía de tórax sugestiva y biopsia escisional de ganglio (para tinción, cultivos y PCR) ^(3,5,6).

1. Médico Residente del Curso Universitario de la Especialidad en Neumología Pediátrica UNAM. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Dr. Ismael Cosío Villegas".

2. Neumólogo Pediatra. Profesor Adjunto de la Especialidad en Neumología Pediátrica. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Dr. Ismael Cosío Villegas".

Fecha recibido: 7 de diciembre de 2010.

Fecha aprobado 2 de febrero de 2011.



Figura 1. Radiografía PA y lateral de cuello sin alteraciones

Reporte de caso

Preescolar masculino de 5 años, sin antecedentes hereditarios y perinatales de importancia, procedente del estado de Veracruz. Niega convivencia con tosedores crónicos o animales domésticos; esquema de vacunación completo. Presenta enfermedad de 3 meses de evolución, caracterizada por adenopatía cervical derecha, indolora, no eritematosa y salida de secreción purulenta. A la exploración física se observa paciente con peso y talla adecuadas para la edad, ganglio cervical con presencia de lesiones dérmicas, eritematosas, edema perilesional y salida de secreción necrótica moderada (escrófula), localizado en la cara lateral posterior derecha del cuello, además de ganglio izquierdo de 0,5 cm de longitud, superficial, móvil, no doloroso y de bordes regulares. Resto del examen físico sin alteraciones.

Debido a las características de las adenopatías con aspecto escrofular y por la procedencia de un estado endémico, se realiza protocolo de estudio para TB. Se realizaron baciloscopías en jugo gástrico, perfil inmunológico, poblaciones linfocitarias y hemocultivos, los cuales se reportaron negativos. El PPD se reportó reactor de 10 mm, con hemograma normal. Estudios de imagen con radiografía de cuello posteroanterior y lateral sin alteraciones aparentes (figura 1), radiografía

de tórax: normal (figura 2), tomografía de cuello con presencia de crecimientos ganglionares localizados en triángulos posteriores y submandibulares izquierdos (figura 3).

Se realizó biopsia escisional, que reportó lesión granulomatosa caseificante con células epitelioides y células gigantes multinucleadas de tipo Langhans con tinción Ziehl – Neelsen (ZN) positiva y escasos bacilos. Se indicó tratamiento con isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol. Nuestro paciente actualmente se encuentra asintomático, con remisión de la lesión de cuello y sin complicaciones secundarias al tratamiento antituberculoso.

Experiencia en el INER

En México la TB infantil representa el 5,3% del total de casos reportados; de estos el 12% son formas extrapulmonares de las cuales la ganglionar, renal y meníngea son las más frecuentes⁽²⁾. En el INER en un período de 10 años se diagnosticaron 65 casos de TB infantil, en donde el 41,5% se presentó en niños de 1 a 4 años, el 32,4% entre los de 10 y 14 años y el 21,5% de los 5 a 9 años, la edad media fue de 6.9 años, siendo discretamente mayor en el género masculino (1,5:1,0). La reinfección se observó en el 3% de los casos. La TB ganglionar (TBG) representó el 12,3%



Figura 2. Radiografía de tórax PA. Se observan tejidos blandos, mediastino y parénquima pulmonar sin alteraciones.



Figura 3. TC de cuello. Se observa crecimiento ganglionar en cara lateral izquierda heterogénea.

del total de casos diagnosticados; la mayoría se observó en niños menores de 5 años; no hubo diferencia en cuanto al género, no se presentó ninguna defunción.

Los factores más importantes para la manifestación de formas extrapulmonares^(4,5) son: la edad del niño, el estado nutricional e inmunológico, la inmunización en el momento de la infección, que influyen en el equilibrio entre mantener una infección latente o la progresión a una enfermedad activa por diseminación hematogena. Los niños menores de 2 años presentan más riesgo de sufrir progresión a una enfermedad tuberculosa activa. La mayoría de casos diagnosticados en el INER se presentaron en lactantes, la desnutrición fue poco común, el antecedente de vacunación estuvo presente en casi todos los niños, tal y como sucedió en este caso⁽⁶⁾.

Sospechamos que un niño sufre TBG cuando presenta alteraciones de los antecedentes descritos, junto a la presencia de una adenopatía de crecimiento lento y progresivo, de predominio unilateral, aunque ocasionalmente puede afectarse más de una cadena ganglionar. Los ganglios más afectados son los cervicales que se localizan en las cadenas ganglionares anteriores o posteriores del triángulo cervical, yugulares internos o supraclaviculares, los cuales son más proclives a fistulizar⁽⁷⁾. En ocasiones pueden involucrarse otros ganglios como los axilares, intramamarios, intraabdominales e inguinales⁽⁸⁾.

Inicialmente son de consistencia dura, indoloros y



Figura 4. Se observa una escrófula, caracterizada por una fístula en la piel debida a necrosis del ganglio afectado, importante edema perilesional, coloración violácea y salida de material purulento.

no eritematosos, para posteriormente supurar o drenar espontáneamente hasta necrosarse y manifestarse como una escrófula (lesión caracterizada por la presencia de una fístula entre el ganglio afectado y la piel, por donde se presenta salida de líquido purulento) (figura 4)^(3,7,8).

Entre los diagnósticos diferenciales están las masas de origen cervical congénito, la adenitis viral o bacteriana, sarcoidosis, carcinoma, linfoma o sarcoma, fiebre por arañazo de gato, toxoplasmosis, enfermedades producidas por hongos (histoplasmosis), colágeno vasculares,

del sistema retículo endotelial, las originadas por micobacterias atípicas comunes en niños menores de 5 años y las complicaciones posvacunales como la BCGitis que pueden presentar la misma sintomatología e histopatología que la TBG⁽⁹⁻¹¹⁾.

Los métodos habituales de diagnóstico son la prueba de tuberculina que suele ser positiva en el 86,7% de los casos y la baciloscopia para la búsqueda de BAAR. La prueba de niacina negativa descarta micobacterias atípicas, la cual puede apoyarnos en pacientes con dudas en el diagnóstico^(9,12,13). El aislamiento de micobacterias por cultivo necesita un período de 6 semanas para el crecimiento y debido a su baja sensibilidad la ausencia de aislamiento microbiológico no excluye un origen tuberculoso. En México reportamos un 50% de positividad en los cultivos^(5,7).

El 75% de los casos cursan con una radiografía normal. La ultrasonografía es útil para identificar y localizar adecuadamente las adenopatías, además de proporcionar el tamaño, la ecogenicidad, vascularización y características de las estructuras vecinas^(4,14).

En la actualidad la biopsia quirúrgica escisional no debería considerarse el estándar de oro diagnóstico, debido a que se debe obtener el ganglio linfático más grande y significativo, independientemente de su localización y profundidad, el cual no siempre será el más representativo de la enfermedad. Actualmente los métodos más eficaces en el diagnóstico de la tuberculosis ganglionar cervical son la citología por aspiración con aguja fina con un 52,9% de sensibilidad y la PCR que presenta una sensibilidad del 76,4%, que disminuye o incrementa dependiendo del lugar en donde se realice⁽¹⁵⁾.

En el estudio histológico observamos un granuloma de células epitelioides con o sin células gigantes multinucleadas y necrosis caseosa. Existen dos tipos de tinciones: la de Z-N y auramina-rodamina, que nos ayudan a aumentar la exactitud en el diagnóstico, aunque la decisión de realizar alguna de ellas dependerá de que el centro hospitalario sea altamente especializado o del número de muestras que se estudien diariamente⁽⁹⁾.

En México, el tratamiento incluye fármacos bactericidas y bacteriostáticos, que al combinarse proporcionan una curación más rápida y menor duración del tratamiento. La duración de éste es de 9 meses, divididos en una fase intensiva de 2 meses en la que se administra isoniazida (H), rifampicina (R), pirazinamida (Z) y etambutol (E); y una de sostén en donde se utilizan HR durante 6 meses⁽⁵⁾. Lazarus y colaboradores describen excelentes resultados con 6 meses de tratamiento utilizando conjuntamente HRZ⁽⁸⁾. El uso de esteroides está indicado en los pacientes que presentan

atelectasias recurrentes secundarias a compresión de las vías aéreas, disnea o sibilancias⁽⁵⁾. El control posterior se realizará cada 6 meses durante 2 años, hasta dar el alta definitiva del paciente^(5,8).

Conclusiones

A pesar del incremento que existe actualmente en la incidencia de TB y del lugar que representa la TBG en los niños con TB extrapulmonar, el diagnóstico sigue siendo un reto importante para el pediatra. La sola presencia de una adenopatía en una o varias cadenas cervicales, sin la presencia de algún otro síntoma sugestivo, provoca que el problema se minimice e incluso se le de un tratamiento inadecuado, llevando a una demora en el diagnóstico e inicio de los fármacos antituberculosos. Es imprescindible recordar que el diagnóstico de un caso de TB infantil es indicativo de la mala estrategia para el diagnóstico y tratamiento de adultos bacilíferos, que viven en una comunidad aún sin diagnosticarse.

Referencias bibliográficas

1. **Medina Morales F, Echegoyen Carmona R, Medina Zarco LE.** Tuberculosis extrapulmonar. *Rev Cir Tórax Neum* 2003; 62(2): 92-5.
2. **Orozo I, Nesbitt C, Gonzáles S.** Tuberculosis en pediatría: Epidemiología. *Rev Enf Inf Ped* 2009; 22(87): 83-90.
3. **Moreno D, Martí A, Altet N, Baquero F, Escribano A, Gómez D, et al.** Diagnóstico de la tuberculosis en la edad pediátrica. *An Pediatr (Barc)* 2010; 72(4): 283.
4. **Novalés Castro XJ.** La tuberculosis ganglionar en los niños. *Rev Mex Pediatr* 2001, 68(1): 21-3.
5. Programa Nacional de Tuberculosis. Guía práctica para la atención de la tuberculosis en niños, niñas y adolescentes. México: Secretaría de Salud, 2007.
6. **Newton S, Brent A, Anderson S, Whittaker E, Kampmann B.** Paediatric tuberculosis. *Lancet Infect Dis* 2008; 8: 498-510.
7. **Carvajal J, May M, Martín M, León E, Oliart S, Camuñas J, et al.** Linfadenitis cervical primaria fistulizada de etiología tuberculosa (escrófula): importancia clínica y diagnóstico diferencial. *Mapfre Med* 2006; 17(4): 286-91.
8. **Lazarus A, Thilagar B.** Tuberculosis lymphadenitis. *Dis Mon* 2007; 53: 10-5.
9. **Sarwar A, Haque AU, Aftab S, Mustafa M, Moatasim A, Siddique S, et al.** Spectrum of morphological changes in tuberculous lymphadenitis. *Int J Pathol* 2004; 2(2): 85-9.
10. **Berberian G, Santillán A, Casimir L, Rosanova MT.** Linfadenitis por micobacterias en pediatría. *Arch Argent Pediatr* 2005; 103(1): 63-6.
11. **Austí S, Pérez E, Pérez A, Otero C, Santos M, Ansensi F.** BCGitis en lactante con inmunodeficiencia adquirida. *Rev Enf Inf Ped* 2008; 21(83): 90-3.

12. **Zakirullah MT.** Tuberculous cervical lymphadenopathy. *J Postgrad Med Inst* 2001; 15: 151-6.
13. **Caminer J.** Micobacterias atípicas. *BSCP Can Ped* 2001; 25(2): 237-46.
14. **Moëne K, Fielbaum O, Tejias R, Blanco A, Ibarra A.** Caso clínico radiológico pediátrico. *Rev Med Clin Condes* 2007; 18(1): 55-3.
15. **Hwan Ch, Kim S, Ko Y, Chu K.** Polymerase chain reaction detection of Mycobacterium tuberculosis from fine-needle aspirate for the diagnosis of cervical tuberculous lymphadenitis. *Laryngoscope* 2000; 110(1): 30-4.

Correspondencia: Dr. Israel Didier Cruz Anleu.
Calzada de Tlalpan 4502, colonia Sección XVI.
México, DF.
Correo electrónico: canleu2@yahoo.com.mx

CON EL INTENTO DE AGILITAR Y MEJORAR LOS TIEMPOS DE PUBLICACIÓN
DE LOS ARTÍCULOS ORIGINALES Y CASOS CLÍNICOS
**LOS ÁRBITROS REALIZARÁN HASTA DOS CORRECCIONES Y EL PLAZO DE ENTREGA A
LOS AUTORES Y SU DEVOLUCIÓN SERÁ DE CUATRO MESES COMO MÁXIMO**
