

Tuberculosis ganglionar, reporte de un caso y revisión de la literatura

Gustavo Esteban Beauregard-Ponce,⁽¹⁾ Frida Fernanda Montes-Beauregard⁽²⁾

gustavoesteban739@hotmail.com

RESUMEN

Paciente del sexo masculino de 45 años de edad con tumoración en región submandibular derecha de un año de evolución siendo tratado medicamente con antibióticos sin presentar mejoría. Acude a consulta de Cirugía y se detecta tumoración en región submandibular derecha. Se toma biopsia reportando tuberculosis ganglionar de ganglio de cuello por lo que se decide extirparlo quirúrgicamente.

Llama la atención que el paciente no tenía antecedentes de tuberculosis pulmonar. Objetivo. Informar de un caso de tuberculosis ganglionar sin antecedentes fímicos y/o inmunosupresión. Conclusión. La tuberculosis sigue siendo una de las enfermedades infecciosas más comunes y un problema de salud global. Al mismo tiempo el diagnóstico no siempre es fácil. Con la linfangitis tuberculosa de cuello se deben hacer diagnósticos diferenciales principalmente con metástasis tumorales y procesos inflamatorios benignos.

Finalmente, el diagnóstico se confirma con toma de biopsia.

Palabras claves: *Cuello, ganglio, tuberculosis*

SUMMARY

A 45-year-old male patient with a tumor in the right submandibular region of one year's evolution, being treated medically with antibiotics without improvement. He went to the Surgery consultation and a tumor was detected in the right submandibular region. A biopsy is taken reporting lymph node tuberculosis of the neck node, so it is decided to remove it surgically.

It is noteworthy that the patient had no history of pulmonary tuberculosis.

Target. To report a case of lymph node tuberculosis without a history of phimics and/or immunosuppression.

Conclusion. Tuberculosis remains one of the most common

infectious diseases and a global health problem. At the same time diagnosis is not always easy. Differential diagnoses should be made with tuberculous lymphangitis of the neck, mainly with tumor metastases and benign inflammatory processes.

Finally, the diagnosis is confirmed by taking a biopsy.

Keywords. *Neck, node, tuberculosis*

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad crónica, granulomatosa causada por *Mycobacterium tuberculosis* (TB) o bacilo de Koch.

Esta generalmente se localiza en el pulmón, pero es bien conocido que puede afectar cualquier órgano; como el sistema gastrointestinal, sistema nervioso central, piel, linfa, cavidad oral, articulación temporo mandibular, así como ganglios en la región cervical como en nuestro caso.

La tuberculosis de los ganglios linfáticos es considerada el tipo más frecuente de tuberculosis extra pulmonar en países subdesarrollados, con una incidencia estimada de 28%.^{1,2}

De acuerdo con la organización mundial de la salud en 2013 hubieron 9,000,000 de sujetos que se infectaron con el bacilo tuberculoso y de ellos 1,500,000 murieron. Del total 360,000 fueron HIV positivos; 80,000 tenían menos de 17 años de edad.³

En México la tuberculosis se considera todavía endémica; y de acuerdo con la información que proporcionó el programa de prevención y control de tuberculosis en 2011, 19445 nuevos casos se presentaron distribuidos de la siguiente manera: 81.5% tuberculosis pulmonar, 5.6% TB ganglionar,

⁽¹⁾ Profesor titular, División Académica de Ciencias de la Salud, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, Tabasco, México. ⁽²⁾ Estudiante de la licenciatura de medicina de la Universidad Anahuac, Querétaro, México.

CASO CLÍNICO

1.6 TB meníngea y 11.4 otros tipos de TB.

Del total de casos 20.8% se relacionaron con diabetes mellitus, 7.8% con síndrome de inmunodeficiencia humana y 9.3% fueron casos pediátricos.^{4,5}

En relación al cuello los tumores más frecuentes son las linfadenopatías, que se manifiestan con aumento de tamaño, número o alteración de la consistencia de los ganglios linfáticos causada por la invasión o propagación de células inflamatorias o neoplásicas dentro del nódulo.⁶

Una de las posibilidades diagnósticas en nuestro medio es la tuberculosis, situación que en múltiples ocasiones es olvidada por el cirujano al pensar exclusivamente en causas de origen embriológico o neoplásico en la evaluación de nódulos en cuello.⁷

Los ganglios comprometidos generalmente son indolores de crecimiento lento y como en nuestro caso pueden formar masas multinodulares (escrófula) con zonas de necrosis central.

Se denomina escrófula a un proceso infeccioso que afecta a los ganglios linfáticos, sobre todo los del cuello. Está causado por *Mycobacterium tuberculosis* agente causante de la tuberculosis, aunque en niños también puede deberse a micobacterias atípicas, entre ellas *Mycobacterium scrofulaceum* y *Mycobacterium avium*.⁸ (Fig.1)

Así mismo es de importancia mencionar que en los últimos años se ha notado la presencia de lesiones tuberculosas en linfáticos de cuello sin antecedentes fímicos y/o de inmunosupresión.⁹

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente del sexo masculino de 45 años de edad el cual no cuenta con antecedentes de importancia para el padecimiento actual.

Aparentemente inicio hace un año con cuadros repetitivos de Faringoamigdalitis, siendo tratado medicamente con analgésicos, antiinflamatorios y antibióticos de amplio espectro con mejoría parcial.

Por la misma fecha noto discreto aumento de volumen en la cara lateral derecha del cuello, región submandibular Fig.2, siendo tratado con antibióticos y antiinflamatorios sin mejoría de la sintomatología.

Posteriormente 2 meses antes de su intervención quirúrgica noto que la tumoración creció hasta medir aproximadamente

2 cm de diámetro, por lo que acude al servicio de cirugía general.

Examen físico: Mucosa oral bien hidratada y de coloración normal.

En cuello llama la atención el aumento de volumen de la cara lateral derecha región submandibular en donde se palpa tumoración única de consistencia dura, poco móvil y doloroso de 2 cm de diámetro.

Aparato respiratorio con murmullo vesicular normal, sin ruidos agregados. Aparato cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buena intensidad y sin fenómenos agregados. Abdomen plano, blando, depresible, no doloroso a la palpación media y profunda. No datos de irritación peritoneal. Peristalsis normal.

Signos vitales: FC=85X". FR=14X" TA=125/80 T=36.5*C. Exámenes de laboratorio de rutina están dentro de la normalidad.

Por lo anterior se solicita toma de biopsia reportando tuberculosis ganglionar de nódulo linfático de cuello. Fig.3,4. Se programa cirugía para su extirpación. Fig. 5. Se envía pieza quirúrgica a patología con el mismo diagnóstico emitido anteriormente. Fig. 5.

La evolución fue satisfactoria y es egresado al día siguiente de la cirugía con cita al infectólogo para tratamiento definitivo antifímico.

Hay que hacer hincapié que el paciente no tenía antecedentes de TB pulmonar.

Figura 1. Escrófula con necrosis central



Figura 2. Tumoración de cuello.



Figura 4. Inflamación granulomatosa secundaria a TB ganglionar

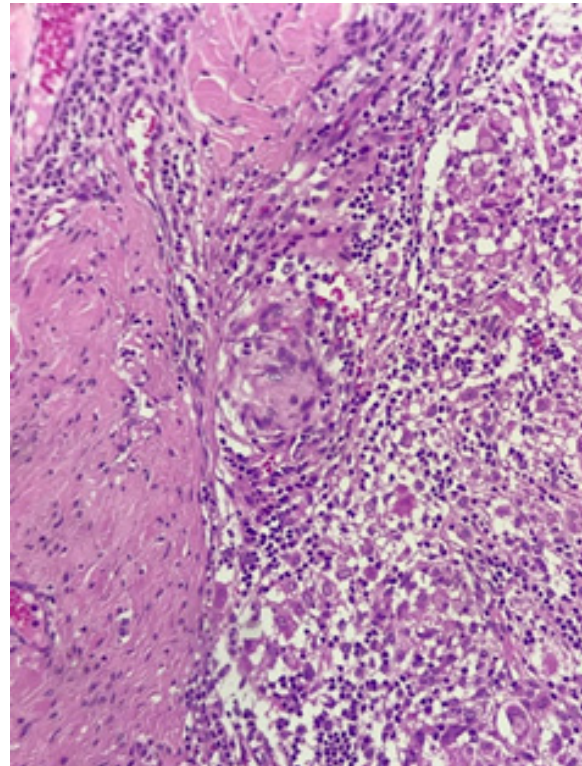


Figura 3. Inflamación granulomatosa: Células epitelioides, linfocitos, fibroblastos y células gigantes

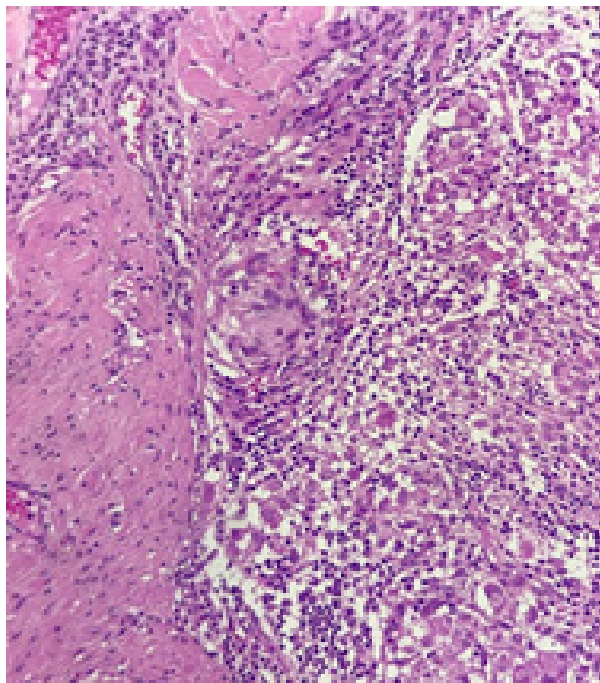


Figura 5. Se observa ganglio cervical submaxilar derecho.



DISCUSIÓN

Aunque la tuberculosis ha disminuido su incidencia en los últimos años, la proporción de formas extrapulmonares se ha incrementado,¹⁰ de estas la forma ganglionar parece que es la más frecuente en países de baja incidencia de tuberculosis, sin embargo la forma pleural predomina en países con alta incidencia.¹¹

La linfangitis ganglionar tuberculosa es la forma más común en la infancia y abarca aproximadamente el 24% de todos los casos de tuberculosis en niños.

La afectación unilateral se ve en más del 90% de los casos con múltiples ganglios adyacentes involucrados en más del 60% de los casos.¹²

La patogenia de la forma ganglionar cervical sin afectación pulmonar parece explicarse a partir de extensión por vías alternativas como las amígdalas o los adenoides¹³ como al parecer en nuestro caso que empezó con cuadros repetitivos de Faringoamigdalitis sin responder al tratamiento médico.

Los sujetos gravemente inmunodeprimidos afectados por tuberculosis y SIDA pueden presentar ubicaciones extra pulmonares hasta en el 60% de los casos, según Basgoz.

La tuberculosis extra pulmonar exhibe baciloscopia negativa, por lo tanto, su potencial de transmisión es prácticamente inexistente.¹⁴

En muchas ocasiones la TB es un proceso oscuro difícil de diagnosticar; para su confirmación bacteriológica se requiere en muchas situaciones un proceder invasivo como en nuestro caso en donde el resultado de la biopsia confirmó el diagnóstico definitivo de TB ganglionar de cuello.

CONCLUSIÓN

Aunque la tuberculosis ha disminuido su incidencia en los últimos años, la proporción de formas extrapulmonares se ha incrementado, siendo la forma ganglionar la más frecuente.

El diagnóstico diferencial de las adenopatías cervicales debe de ser con otras linfadenitis granulomatosas tales como las mycobacterias no tuberculosas (*M. avium*, *scrofulaceum* y *haemophilum*), sarcoidosis, enfermedad por arañazo de gato, toxoplasmosis y neoplasias.

En relación de la patogenia de la toma ganglionar cervical sin afectación pulmonar se puede explicar a partir de extensión por vías alternativas como las amígdalas o los adenoides como parece haber sido en nuestro paciente.¹⁵

Nosotros hicimos el diagnóstico con biopsia del ganglio afectado y al reportarse tuberculosis ganglionar decidimos

extirparlo.

Finalmente uno de los procedimientos actuales para confirmar el diagnóstico es la realización de la tomografía por emisión de positrones que puede mostrar conglomerados adenopáticos con intensa captación del radiotrazador que sugiere descartar malignidad.^{16,17}

Su evolución clínica ha sido satisfactoria y la paciente continua su tratamiento antifímico con el infectólogo de nuestro hospital.

REFERENCIAS

1. Karim MM CSHMFMA. A clinical study on extrapulmonary tuberculosis. *J Bangladesh Coll Phys Surg.* 2006;(24): p. 19-28.
2. Hale RG. Head and neck manifestations of tuberculosis a clinical review. *Otolaryngol Head and neck Surg.* 2008;(126): p. 176.
3. Diego Esteban Palacios Vivar YJTCJEMV. Diagnostico de tuberculosis extra pulmonar: Analisis sistematico de la literatura y serie de casos en la región cervicofacial. *Revista odontologica mexicana.* 2016 Octubre-Diciembre; 20(4): p. 258-264.
4. Salud Sd. Perfil epidemiologico de la tuberculosis en México. Secretaria de salud SS. 2012.
5. Salud Sd. Situación actual de la tuberculosis en el mundo. Secretaria de salud, México. 2011.
6. Bazemore AW SD. Lymphadenopathy and malignancy. *Am Fam Physician.* 2002; 66: p. 2103-10.
7. Hernández-Solis A CSROHRVREEG. Tuberculosis is still a major cause of cervical lymphadenopathies in adults from developing countries. *Epidemiol Infect.* 2003; 131: p. 107-6.
8. Rosado FG SCMC. Clinico pathologic correlation of epidemiologic and histopathologic features of pediatric bacterial lymphadenitis. *Arch Patol Lab Med.* 2011 Noviembre; 11: p. 1490-3.
9. Felipe Rafael Zaldivar Ramirez LMHLDR. Linfadenopatía tuberculosa en cuello: Un diagnóstico que no debe olvidarse. *Cirujano General.* 2004; 26(3): p. 177-180.
10. Salvador F LAISMATTCAVASN. Epidemiology and Diagnosis of Tuberculous Lymphadenitis in a tuberculosis low country. *Medicine (Baltimore).* 2015 Jan; 94(4): p. 509.
11. Tatar D SGASGE. Assessment of lymph node tuberculosis in two provinces in Turkey. *Jpn J Infect dis.* 2011; 64: p. 316-321.
12. Andrea T Cruz MD MAHM. Tuberculosis cervical adenitis. *Multidisciplinary Management of TB Adenitis. The pediatric infectious Disease Journal.* 2016 Octubre; 35(10).
13. Deveci HS kMKZHT. Diagnostic challenge in cervical tuberculous lymphadenitis: A review. *North Clin Istanbul.* 2016; 3(2): p. 150-55.
14. Jose Abel Garcia Acosta AEDR. Tuberculosis

ganglionar como forma de presentación de la tuberculosis extrapulmonar. *Rev. Ciencias Médicas*. 2015 Noviembre-diciembre; 19(6): p. 1195-1200.

15. Angel Arpa Gamez ALCSTPRNH. Tuberculosis ganglionar. *Revista Cubana de Medicina Militar*. 2018 Abril-Junio 2018; 47(2): p. 1561.

16. Maglen Katherine Meneses Navas PRFMNcMAOCJLcD. Tuberculosis ganglionar en la tomografía por emisión

de positrones/tomografía axial computarizada con 18-Fluorodexosiglucosa, a propósito de un caso. *Anales Rannm de la Real Academia Nacional de Medicina de España*. 2021 Feb;(138): p. 183-185.

17. Ramirez-Lapausa M MSA. Global Tuberculosis report 2020: executive summary. *Organización Mundial de la Salud*. 2021 Julio; 2(138).