

Medicent Electrón. 2014 jul.-sep.;18(3)

**HOSPITAL PEDIÁTRICO UNIVERSITARIO
"JOSÉ LUIS MIRANDA"
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

INFORME DE CASO

**Adenitis cervical como forma de presentación de la tuberculosis
extrapulmonar**

Cervical adenitis as a way of presentation of extrapulmonary tuberculosis

MSc. Dra. Mercedes A. Somarriba Mosquera¹, MSc. Dra. Deysi Rivero Valerón², MSc. Dra. Milda Caridad Díaz Martínez³

1. Especialista de Primer Grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño. Asistente. Hospital Pediátrico Universitario "José Luis Miranda". Santa Clara, Villa Clara. Cuba.
2. Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral y en Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño y en Infectología. Profesora Auxiliar. Hospital Pediátrico "José Luis Miranda". Santa Clara, Villa Clara. Cuba.
3. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral y en Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño. Asistente. Hospital Pediátrico Universitario "José Luis Miranda". Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Correo electrónico: omasp@hped.vcl.sld.cu

DeCS: linfadenitis, tuberculosis ganglionar.

DeCS: lymphadenitis, tuberculosis, lymph node.

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa producida por el *Mycobacterium tuberculosis*, bacteria ácido alcohol resistente, con aproximadamente 0,3 a 0,6 micras de ancho y 1 a 4 micras de largo. El vehículo de transmisión del tubérculo, desde una fuente transmisible a un potencial nuevo hospedero, tiene lugar, generalmente, a través del aire. Tanto en los casos pulmonares como extrapulmonares representa una amenaza reemergente, sobre todo, en países en vías de desarrollo. La tuberculosis tiene distintas formas de presentación, entre las que se encuentra: el síndrome febril prolongado y el síndrome adénico.^{1,2}

La tuberculosis ganglionar es una de las formas clínicas extrapulmonares más frecuentes de la enfermedad; las manifestaciones clínicas dependen de la localización del ganglio afectado los sitios más frecuentes son: el cuello, las axilas y la región inguinal.³⁻⁶

Presentación del paciente

Se trata de una paciente de 14 años de edad, sexo femenino, color de la piel negra, con 39 Kg de peso y antecedentes de buena salud anterior, hasta el 12 de agosto del año 2009 cuando comienza con un cuadro febril. En el área de salud donde reside, le plantearon un cuadro presuntivo de leptospirosis, para lo cual llevó tratamiento con penicilina y ciprofloxacina. Posteriormente, sobre el 15 de diciembre, comenzó con fiebre y adenomegalias cervicales (Figuras. 1,2), que en la región lateral derecha se hacían más evidentes, con aumento de volumen y dolor, además de dificultad para tragar; por dicha razón, fue valorada en el cuerpo de guardia del Hospital Pediátrico Universitario "José Luis Miranda", donde se le indicó tratamiento con cefalexina oral y fomentos frescos, y se interpretó como una adenitis cervical infecciosa; al paso de los días, la niña no mejora y es llevada nuevamente al hospital, donde la ingresan el 12 de enero del 2010, con igual diagnóstico, y se inicia tratamiento con cefazolina endovenosa; en la sala de pediatría se le indican complementarios, entre ellos: radiografía de tórax anteroposterior y lateral, en las que no se detectan alteraciones; se egresa para continuar con seguimiento evolutivo ambulatorio por

131

consulta de cirugía. Allí se le indica realizar la biopsia aspirativa con aguja fina (BAAF) con el resultado siguiente: leucocitos polimorfonucleares, histiocitos con cuerpos tangibles, detritus celulares extendidos, células linfoides con patrón linfocitario en diferentes estadios de maduración y macrófagos; se le indica tratamiento oral con fosfocina, y la mejoría en su área fue muy escasa. El 25 de febrero se valora nuevamente por el especialista en cirugía y se decide ingresar con tratamiento de amoxicilina y tazobactam endovenoso; en la sala se vuelve a evaluar su evolución; al realizar el examen físico, solo llamaba la atención un paquete ganglionar en la región lateral supraclavicular derecha del cuello, y se hacen más evidentes dos adenomegalias que medían entre 2 y 1,5 cm, todas dolorosas y de consistencia dura, firme, y no adherida a los planos profundos, sin fístula ni ulceraciones; la fiebre desapareció, pero las adenopatías del cuello se mantuvieron con iguales características, por lo que se decidió indicar la prueba de Mantoux, bacilo ácido alcohol resistente (BAAR) del contenido gástrico, radiografía de tórax anteroposterior y, por último, exéresis con biopsia y cultivo del ganglio extraído.



Figura 1. Adenomegalias cervicales (vista frontal).



Figura 2. Adenomegalias cervicales (vista lateral derecha).

Antecedentes patológicos familiares (APF): Se refiere que la abuela padeció de tuberculosis hace 12 años, por lo que la niña fue contacto de TB a los dos años, ya que la cuidaba para que la mamá pudiera trabajar. Tío alcohólico, exrecluso, fumador, con síndrome anémico.

Al realizar el examen físico, se encontró:

Mucosa: normohídrica e hipocoloreada.

Tejido celular subcutáneo: no infiltrado.

Aparato respiratorio: No existe disnea ni cianosis; expansibilidad torácica y murmullo vesicular conservado; no se auscultan estertores.

Aparato cardiovascular: ruidos cardíacos audibles de buen tono.
Frecuencia cardíaca: 80 por minuto; tensión arterial: 110/80 mmHg
Abdomen: blando, doloroso a la palpación superficial y profunda, de forma difusa. No se constata visceromegalia.
Sistema hemolinfopoyético: Adenopatías en paquete ganglionar cervical supraclavicular derecho, ya descritas.
Sistema nervioso: paciente consciente, orientada en tiempo, espacio y persona.
Síntomas generales: síndrome febril prolongado.

Se le indican los siguientes complementarios, cuyos resultados fueron:

BAAF: Resultado ya descrito anteriormente.

Prueba de Mantoux: resultado hiperérgico: 25 mm (Figura 3).



Figura 3. Prueba de la tuberculina positiva.

Hemograma: 12,2 g de hemoglobina
Leucocitos: $8,9 \times 10^9/L$
Eritrosedimentación: 30 mm/h
Plaquetas: $210 \cdot 10^9/L$
Rayos X de tórax AP y lateral: Negativo
Ultrasonido de cuello: Imágenes hipoecogénicas, la mayor mide 21x15 mm, compatibles con paquete ganglionar.
VIH: negativo.
Biopsia de ganglio linfático: adenitis granulomatosa tuberculosa.
Cultivo del ganglio: *Micobacterium tuberculosis*
Tratamiento: Se discute el caso en la comisión provincial de TB y se comienza el tratamiento correspondiente a la categoría III, con un esquema de tres drogas.
Primera fase: diaria (60 dosis) Isoniacida, rifampicina y pirazinamida
Segunda fase: intermitente, dos veces por semana (40 dosis) isoniacida y rifampicina.

Se realizó seguimiento evolutivo a la paciente en la consulta de TB; durante la primera fase de tratamiento se produjo la fistulización espontánea, luego evolucionó satisfactoriamente y la segunda fase terminó con la resolución de las adenomegalias; se consideró curada y fue dada de alta a los siete meses.

Comentario

En la paciente que presentamos, la prueba de la tuberculina según la técnica de Mantoux (hiperérgica), la biopsia del ganglio y el cultivo positivo a *Micobacterium tuberculosis* permitieron reunir los criterios para plantear una tuberculosis extrapulmonar (ganglionar).^{7,8}

Una de las formas más frecuentes de presentación de la TB extrapulmonar (documentada en más del 25 % de los casos) es la de los ganglios linfáticos, cuya incidencia es especialmente elevada en los pacientes con infección por VIH⁸. En algunas publicaciones se considera la forma más frecuente de TB extrapulmonar complicada.⁹

La adenitis observada en el curso de la TB es expresión de la extensión por vía linfática del *Mycobacterium tuberculosis* a los ganglios, y puede adoptar una forma predominantemente inflamatoria: adenitis granulomatosa.

o manifestarse con fístulas adenocutáneas que constituyen la escrófula,^{8,10} como ocurrió en esta paciente, donde se evidenció su presencia por el estudio anatomopatológico y se confirmó desde el punto de vista microbiológico, lo cual motivó esta presentación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Caminero Luna JA. Tuberculosis pulmonar. En: Acosta Fernández O, Batista Martín JJ, Cabrera Navarro P, Carrillo Díaz T, Casanova Macario C, Cuyas Dominguez JM. Manual de enfermedades respiratorias. 2da ed. París: Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (UICTER); 2005. p. 321-34.
2. Lömoroth K, Jaramillo E, Williams BG, Dye C, Raviglione M. Drivers of tuberculosis epidemic: the role of risk factors and social determinants. *Soc Sci Med*. 2009;68:2240-6.
3. Heather J. Childhood Tuberculosis - a new era [Editorial]. *Paediatric Respiratory Reviews*. 2011;12:1-2.
4. Ramakrishna Vankayalapati PF. Innate and adaptive immune responses to human *Mycobacterium tuberculosis* infection. *Tuberculosis*. 2009;51(8):577-880.
5. World Health Organization. Global Tuberculosis Control 2010. Geneva: WHO; 2010.
6. Colectivo de autores. Atención integral a la tuberculosis y enfermedades respiratorias (AITER/PAL). Guías de prácticas clínicas [internet]. La Habana: Comisión Nacional Asesora para el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis; 2009 [citado 23 abr. 2012]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/tuberculosis/>
7. Abreu Suárez G, González Valdés JA, Zamora Fuentes R, Pérez Brunet A, Llanes Cordero MJ. Adenitis tuberculosa infantil en Cuba (1995-2005). *Rev. Cubana Pediatr* [internet]. 2006 abr.-jun. [citado 10 ago. 2012];78(2):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312006000200002&lng=es&nrm=iso&tng=es
8. Moreno Pérez D, Andrés Martín A, Altet Gómez N, Baquero Artigao F, Escribano Montaner A, Gómez-Pastrana Durán D, et al. Diagnóstico de la tuberculosis en la edad pediátrica. Documento de consenso de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica y la Sociedad Española de Neumología Pediátrica. *An Pediatr* [internet]. 2010 sep. [citado 23 mar. 2013];73(3):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/anales-pediatra-37/articulo/diagnostico-tuberculosis-edad-pediatica-documento-13154549?referer=buscador>
9. Connell DW, Berry M, Cooke G, Kon OH. The early 21 st century. *Eur Respir Rev*. 2011;20(120):71-84.
10. Abreu G, González JA, González E, Bouza I, Velázquez A, Pérez T, et al. Cuba's Strategy for Childhood Tuberculosis Control, 1995-2005. *Medicc Review* [internet]. 2011 Jul. [citado 18 dic. 2012];13(3):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.medicc.org/mediccreview/index.php?issue=17&id=206&a=va>

Recibido: 16 de mayo de 2013

Aprobado: 10 de marzo de 2014

MSc. Dra. Mercedes A. Somarriba Mosquera. Especialista de Primer Grado en Pediatría. Máster en Atención Integral al Niño. Asistente. Hospital Pediátrico Universitario "José Luis Miranda". Santa Clara, Villa Clara. Cuba.