

Revista de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja

ISSN 2171-9381

www.revistaorl.com

Caso clínico

Tumoración cervical recurrente en el anciano **Recurrent cervical tumor in the elderly**

Rebeca de la Fuente Cañibano y Miguel Ángel Alañón Fernández.

Servicio de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-facial. Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Contacto: rbkfue@yahoo.es

Recibido: 31/01/2012

Aceptado: 16/02/2012

Publicado: 17/02/2012

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses

Revista de Otorrinolaringología y disciplinas relacionadas dirigida a profesionales sanitarios
Órgano de difusión de la Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja
Periodicidad continuada

Edita: Sociedad Otorrinolaringológica de Castilla y León, Cantabria y La Rioja

revistaorl@revistaorl.com

web: www.revistaorl.com

Director: José Luis Pardal Refoyo (Zamora)

Comité Editorial:

Carmelo Morales Angulo (Santander), Darío Morais Pérez (Valladolid), Ángel Muñoz Herrera (Salamanca),

Manuel Tapia Risueño (Ponferrada), Antonio Sánchez del Hoyo (Logroño), Jaime Santos Pérez (Valladolid),

Luis Ángel Vallejo Valdezate (Valladolid), Javier Martínez Subías (Soria), Pablo Casas Rodera (León),

Enrique Coscarón Blanco (Zamora), Jose Granell Navarro (Ávila)

Resumen

La tuberculosis, es conocida desde la más remota antigüedad, pero la sospecha de que la tuberculosis era de naturaleza infecciosa, comenzó a expresarse de una manera más concreta a mediados del siglo XVI. El agente etiológico de la tuberculosis, fue descubierto por *Robert Koch* en 1882. Se le encuentra en las diferentes excreciones de las personas y de los animales que padecen la patología. En la práctica tienen importancia, fundamentalmente dos tipos de micobacterias tuberculosas: la de tipo humano y la de tipo bovino. La tuberculosis se distingue por la gran variedad de sus manifestaciones; esto depende de la propia infección y de la variedad de alteraciones que produce en los órganos.

Palabras clave: tuberculosis extrapulmonar| adenopatía| escrófula

Recurrent cervical tumor in the elderly**Summary**

The tuberculosis, is known since ancient times, but suspicion that tuberculosis was an infectious nature, began to speak in a more concrete in the mid-sixteenth century. The causative agent of tuberculosis, was discovered by Robert Koch in 1882. It is found in the various excretions of people and animals suffering from the disease. Are important in practice, essentially two types of tuberculous mycobacteria: the human type and bovine type. Tuberculosis is distinguished by the variety of its manifestations, this depends on the infection itself and the variety of alterations that occur in the organs.

Keywords: extrapulmonary tuberculosis| swollen glands| scrofula

Introducción

Entre las enfermedades transmisibles, la tuberculosis (TBC) continúa siendo en la actualidad uno de los principales problemas de Salud Pública. Su evolución ha sido un constante declinar en los países desarrollados, debido a la mejora de las condiciones socioeconómicas y al descubrimiento de fármacos eficaces para su tratamiento. Esta tendencia decreciente parece haberse modificado en los últimos años, a expensas fundamentalmente de determinados grupos como los enfermos con VIH y en poblaciones pobres [1,2]. La TBC es una infección bacteriana crónica causada por *Mycobacterium tuberculosis*. Histológicamente se caracteriza por la formación de granulomas. Puede afectar a personas en cualquier edad de la vida y en cuanto al sexo afecta de la misma forma a hombres y mujeres [3,4]. Normalmente la enfermedad se localiza en los pulmones, pero puede afectar a otros órganos y dar lugar a lo que se denomina tuberculosis extrapulmonar siendo las localizaciones más frecuentes: ganglios, aparato génito-urinario, meninges y articulaciones [5,6,7].

La clínica de la tuberculosis ganglionar es bastante anodina. Se la denomina adenitis cervical o escrófula, siendo ésta la más frecuente de las ganglionares, siguiéndole la inguinal y la axilar [7,8].

Se observa comúnmente en la raza negra, mestizos e indígenas.

Se disemina de forma retrógrada a través de la vía linfática, cuando su localización es intratorácica o de la adenopatía satélite cuando la vía de entrada es cutánea, amigdalina o mucosa .

Clínicamente la linfadenitis tuberculosa se caracteriza por una tumefacción indolora y unilateral de los ganglios con afectación más frecuente de los de localización cervical, más frecuentemente en el borde superior del músculo esternocleidomastoideo y los supraclaviculares, con escasa sintomatología local y general. Posteriormente pueden aparecer signos inflamatorios y se puede originar una fistulización del ganglio. En cuanto a las complicaciones, se dan en los casos que se produce la formación fistulosa, dejando cicatrices de tipo queloides o retráctiles, antiestéticas [9,10].

El diagnóstico de la TBC ganglionar se establece a partir del análisis microbiológico del material purulento aspirado mediante punción-aspiración con aguja fina o el que mana a través de la fístula. Se puede estudiar mediante baciloscopia, con el examen microscópico del líquido que se obtuvo por punción o cualquier otra vía, siendo las dos técnicas más comunes la tinción Ziehl Neelsen y la fluoresceína con fluorocromo auramina-rodamina. Las micobacterias fotocromógenas producen pigmento en la luz pero no en la oscuridad, mientras que las no fotocromógenas producen grados variables de pigmentación sin relación con la luz. En ocasiones es necesario realizar biopsia de la adenopatía y practicar cultivo. La biopsia también es sugestiva de TBC desde el punto de vista anatomopatológico si se demuestra la presencia de lesiones granulomatosas [11,12].

En hasta el 50% de los casos se observan BAAR y los cultivos son positivos en el 70 a 80%. La prueba de la tuberculina es positiva, pero esta prueba puede negativizarse en pacientes infectados por el VIH siendo infrecuente observar en ellos granulomas. También puede diagnosticarse mediante métodos

moleculares, cuya finalidad es la amplificación de ácidos nucleicos siendo altamente específicos y sensibles, y se emplean en las baciloscopias positivas. La reacción en cadena de la polimerasa detecta *M. tuberculosis* en unas horas, utilizando sonda de DNA complementaria del DNA o ARN de las micobacterias, logrando una detección rápida y directa, con una sensibilidad de 80 a 85% y una especificidad del 99% [13,14].

En cuanto al diagnóstico diferencial debemos hacerlo con: los procesos agudos bacterianos, crónicos, virales, micosis de tipo profundas, actinomicosis, quistes branquiales, quistes tiroglosos, tumores benignos o malignos de tipo primitivos o metastásicos, enfermedad de Hodgkin y linfomas.

En el protocolo de estudio de una adenopatía se debe incluir la infección por *Mycobacterium tuberculosis*.

La quimioterapia es el tratamiento de elección y se han establecido múltiples pautas. Los regímenes farmacológicos son bien tolerados, de baja toxicidad y se administran en dos fases, una primera fase intensiva que dura 2 meses en la que se utilizan isoniazida, rifampicina y pirazinamida y una segunda fase que dura 4 meses en la que se pauta isoniazida y rifampicina.

Existen otras drogas antituberculosas, como tioacetona, etionamida, protionamida, kanamicina, que se utilizan cuando existe intolerancia a las anteriores, pero precisan ciclos de tratamiento más largos, que oscilan de 9 a 20 meses.

La cirugía juega un papel de ayuda para extirpaciones de lesiones. Son numerosas las publicaciones internacionales que demuestran que la combinación del tratamiento farmacológico más el quirúrgico resuelven

satisfactoriamente las linfadenitis tuberculosas [14].



Descripción

Presentamos el caso de una mujer de 85 años cuyos antecedentes personales de interés son deterioro cognitivo secundario a enfermedad de Alzheimer y una dudosa Tuberculosis pulmonar en la infancia. Entre las intervenciones quirúrgicas destacan la colocación de una prótesis total de rodilla bilateral y una fractura pertrocantérea derecha que requirió de una osteosíntesis con placa y tornillo. Sus tratamientos habituales son Sertralina e Idalprem. Acudió a urgencias por primera vez, en estado afebril, con una tumoración cervical izquierda de gran tamaño sin signos inflamatorios. Se solicitó un TAC cervical que se informó como absceso laterocervical izquierdo. Éste fue drenado bajo anestesia local y se colocó un drenaje tipo Penrose. Se tomaron cultivos del material purulento obtenido, que resultaron negativos, no aislándose ningún microorganismo. Se le trató con amoxicilina-clavulánico intravenoso a dosis de 1 g /8h y con lavados con suero fisiológico y Betadine a través del drenaje, con remisión completa de la tumoración. Seis semanas más tarde, la paciente acudió de nuevo a urgencias presentando una tumoración cervical izquierda en triángulo posterior, de aproximadamente 6 centímetros de diámetro sin signos inflamatorios, y bajo ésta se encontraba una fístula que drenaba escasa cantidad de material purulento. El hemograma mostraba una discreta leucocitosis con neutrofilia. Se solicitó un nuevo TAC cérvico-facial que fue informado como absceso laterocervical izquierdo que comprimía y obliteraba segmentariamente la vena yugular interna y desplazaba medialmente la carótida común (Fig. 1). Fue intervenida de urgencia, realizándose drenaje bajo anestesia general mediante una cervicotomía izquierda, con obtención de

abundante contenido purulento que se envió a los servicios de Microbiología y Anatomía Patológica. En los estudios microbiológicos se obtuvo baciloscopia positiva con 50-200 BAAR/línea y en la PCR para Mycobacterium se aisló Mycobacterium tuberculosis. Se realizó en días posteriores una radiografía de tórax en la que no se evidenciaban infiltrados ni condensación pulmonar, por lo que finalmente fue diagnosticada de tuberculosis ganglionar. En la actualidad se encuentra con tratamiento durante 2 meses con isoniazida, rifampicina y pirazinamida y 4 meses después con isoniazida y rifampicina.

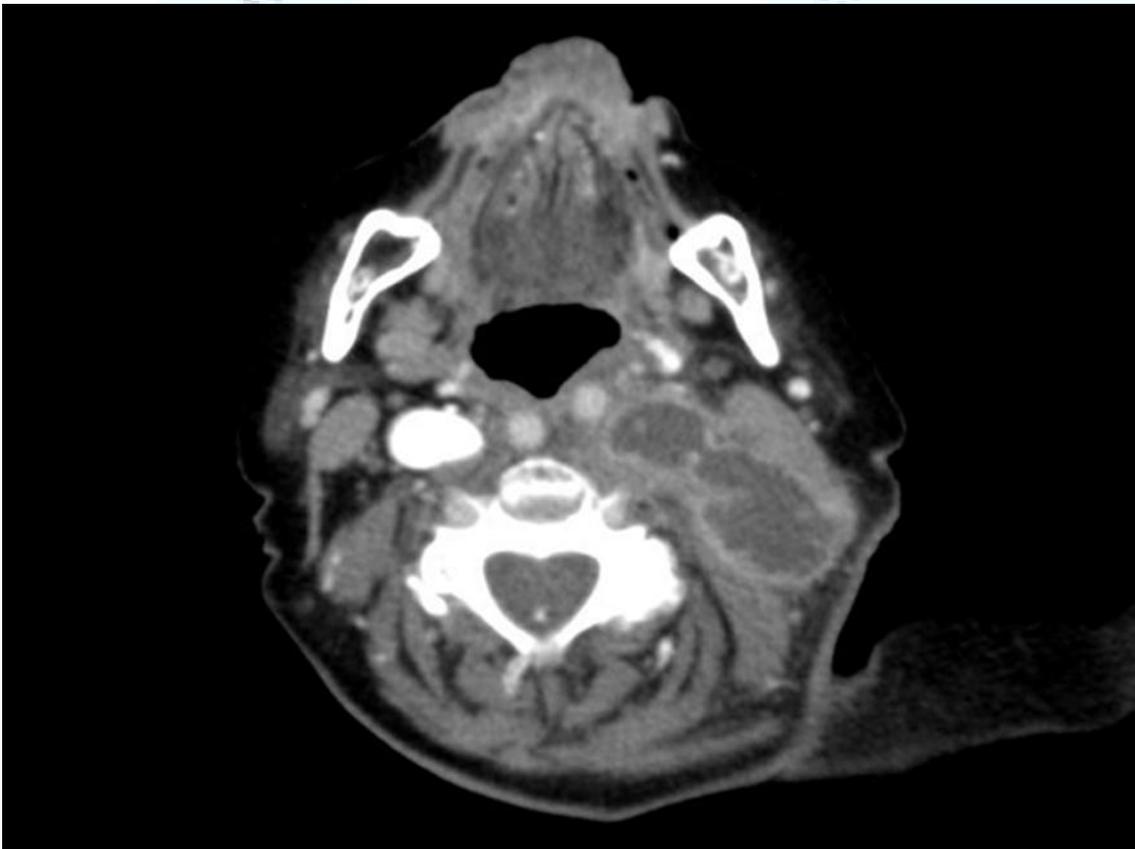


Fig. 1 Absceso laterocervical izquierdo que comprime y oblitera segmentariamente la vena yugular interna y desplaza medialmente la carótida común.

Discusión

La linfadenitis por micobacterias puede ocurrir aisladamente o asociada con tuberculosis ganglionar o infección diseminada. Los ganglios comprometidos usualmente son masas no dolorosas de crecimiento lento que pueden ser relacionadas con fístulas drenantes, comprometiéndose de forma característica los ganglios laterales de la porción media del cuello [1,4,6]. El drenaje de material puede continuar durante meses o años en ausencia de un tratamiento específico. Los ganglios linfáticos cervicales, firmes adheridos unos a otros, que pueden formar una gran masa multinodular, de etiología tuberculosa, con grandes zonas de necrosis caseosa pueden confundirse con un carcinoma metastásico en un adulto [7,8]. En el niño una patología granulomatosa caseificante en un ganglio linfático cervical, no acompañada de compromiso pulmonar, es más probable que la infección sea causada por micobacterias atípicas [8]. La afectación primaria del pulmón es la causa principal de infecciones tuberculosas primarias aunque existen otras localizaciones primarias menos frecuentes: intestino, piel, orofaringe, laringe, ganglio linfático, esqueleto e hígado [9]. Cuando se sospecha que existen lesiones tisulares tuberculosas, el diagnóstico se confirma mediante frotis, tinciones histológicas y cultivos. Microscópicamente los ganglios linfáticos muestran granulomas múltiples bien formados compuestos de histiocitos epitelioides y células gigantes tipo *Langhans*, en el centro de los granulomas existe necrosis caseosa en un grado variable, cuya intensidad depende del

grado de sensibilización del paciente y de la virulencia de los microorganismos. Los granulomas son confluentes, formados por células epitelioides, rodeadas por una zona de fibroblastos y linfocitos, donde suelen existir las células gigantes tipo *Langhans*. En los pacientes inmunodeprimidos los granulomas pueden consistir en agregados laxos de histiocitos e incluso no aparecen [10,11,13]. Para la identificación del microorganismo en cortes histológicos se requiere la coloración de *Ziehl-Neelsen*. Para distinguir entre micobacterias de tuberculosis y micobacterias atípicas se requiere del cultivo. El diagnóstico diferencial histopatológico incluye sarcoidosis, linfadenitis granulomatosa infecciosa por hongos, enfermedad por arañazo de gato, tularemia, brucelosis, espiroquetas, leishmania, micobacteriosis atípica, linfoma de Hodgkin y carcinoma metastático [13]. El patólogo debe conocer los resultados previos de los estudios bacteriológicos, pruebas serológicas y cutáneas antes de realizar la interpretación de una lesión ganglionar granulomatosa. La historia clínica y los datos del examen físico, pueden ser útiles [14].

Bibliografía

1. Oliva Domínguez J, Moreno Guillén S. Tuberculosis. *El Médico* 2000; 19/05: 29-52.
2. Castro Martín J. Enfermedades que cursan con adenopatías. *FMC* 1999; 6: 381-392.
3. Rodnick JE, Gude J. Infecciones pulmonares. *Medicina de Familia, principios y práctica*, Robert B. Taylor. 5ª edición. Ed: Springer-Verlag Ibérica, 1999: 762-773.
4. Raviglione M.C., O'Brien R.J. Tuberculosis. *Principios de Medicina Interna, Harrison*. 14ª edición. Ed: McGraw-Hill Interamericana, 1998: 1149-1161.
5. Hayase Y, Tobika K. Cervical tuberculous lymphadenitis in a frequent traveler to endemic areas of tuberculosis. *Intern Med* 1997; 36(3): 211-213.
6. Rodríguez Zapata M, Sánchez Martínez L. Protocolo diagnóstico: fiebre y adenopatías. *Medicine* 1998; 7(79): 3693-3696.
7. Kanlikama M, Mumbuc S, Bayazit Y, Sirikci A. Management strategy of mycobacterial cervical lymphadenitis. *J Laryngol Otol* 2000; 114(4): 274-278.
8. Weiler Z, Nelly P, Baruchin AM, Oren S. Diagnosis and treatment of cervical tuberculous lymphadenitis. *J Oral Maxillofac Surg* 2000; 58(5): 477-481.
9. Kanlikama M, Gokalp A. Management of mycobacterial lymphadenitis. *World J Surg* 1997; 21(5): 516-519.
10. Van Loenhout-Rooyackers JH, Laheij RJ, Richter C, Verbeek AL. Shortening the duration of treatment for cervical tuberculous lymphadenitis. *Eur Respir J* 2000; 15(1): 192-195.

11. Medina Morales F, Echegoyen Carmona R, Medina Zarco LE. Tuberculosis extrapulmonar. Rev Cir Tórax Neum 2003; 62(2): 92–5.
12. 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.
13. 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.
14. 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.

