

Cirujano General

Volumen **26**
Volume

Número **3**
Number

Julio-Septiembre **2004**
July-September

Artículo:

Linfadenopatía tuberculosa en cuello:
Un diagnóstico que no debe olvidarse

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C.

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



Medigraphic.com

Linfadenopatía tuberculosa en cuello: Un diagnóstico que no debe olvidarse

Tuberculous lymphadenopathy of the neck: A diagnosis that should not be forgotten

Dr. Felipe Rafael Zaldívar Ramírez, Dr. Luis Mauricio Hurtado López,* Dr. David Ramírez Tapia**

Resumen

Objetivo: Mostrar la frecuencia de tuberculosis ganglionar cervical y antecedentes en población del Valle de México.

Sede: Hospital de tercer nivel de atención.

Diseño: Estudio retrospectivo, transversal y descriptivo.

Análisis estadístico: Medidas de tendencia central y porcentajes.

Pacientes y métodos: Pacientes referidos a la Clínica de Tiroides del Hospital General de México para evaluación y diagnóstico de aumento de volumen linfático cervical durante un periodo de 24 meses, sometidos a excisión ganglionar o biopsia por aspiración con aguja fina, con sospecha de tuberculosis ganglionar.

Resultados: Se realizaron 328 procedimientos diversos, de éstos, 12 casos (3.65%) correspondieron a TB ganglionar. Once mujeres (91.3%) y un hombre (8.3%), con edad promedio de 24.6 años. Antecedente fímico en un solo enfermo. La sintomatología fue crecimiento ganglionar en cuello, indoloro en nueve casos y en tres con dolor leve, con tiempo promedio de evolución de seis meses; tres con fístula (25%) drenando material caseoso. El tamaño ganglionar promedio fue de 8 cm³. Se localizaron en nivel linfático III (seis casos), seguido de nivel I (tres casos), nivel II (dos casos) y nivel IV (un caso). Los pacientes recibieron el tratamiento que recomienda el Programa Nacional de Tuberculosis de México.

Discusión: En todo paciente con aumento de volumen cervical linfático debe considerarse como una posibilidad diagnóstica la tuberculosis; el diagnóstico puede realizarse por cultivo, BAAF o biopsia excisional y, una vez confirmado, debe iniciar el tratamiento, generalmente con buena evolución.

Abstract

Objective: To show the frequency of cervical ganglionar tuberculosis and its antecedents in the population of the Central Valley of Mexico.

Setting: Third level health care hospital.

Design: Retrospective, transversal, and descriptive study.

Statistical analysis: Central tendency measures and percentages.

Patients and methods: Patients referred to the Thyroid Clinic of the General Hospital of Mexico for evaluation and diagnosis of increased cervical lymphatic volume during a 24-months period, and subjected to ganglionar excision or fine-needle aspiration biopsy, with suspicion of ganglionar tuberculosis.

Results: Three-hundred twenty-eight procedures were performed, of these 12 (3.65%) cases corresponded to ganglionar tuberculosis. Eleven (91.3%) women and one (8.3%) man, average age of 24.6 years. Tuberculosis antecedent in one patient only. Symptomatology consisted of ganglionar growth in the neck, painless in nine patients, slight pain in three; evolution time of six months, three (25%) with fistula that drained caseous material. Average ganglionar size was of 8 cm³. Six cases were localized at lymphatic level III, followed by level I (3 cases), level II (2 cases) and level IV (1 case). Patients received the treatment recommended by the National Tuberculosis Program of Mexico.

Discussion: In every patient with increased lymphatic cervical volume, tuberculosis must be considered as a diagnostic possibility. Diagnosis can be achieved through culture, FNAB or excisional biopsy and, once confirmed, treatment must be initiated; it generally evolves well.

Clinica de Tiroides, Servicio de Cirugía General, Hospital General de México, México, D.F.

Recibido para publicación: 5 de mayo de 2004.

Aceptado para publicación: 15 de mayo de 2004.

* Miembro de la Asociación Mexicana de Cirugía General

Correspondencia: Dr. Felipe Rafael Zaldívar Ramírez. Clínica de Tiroides, Servicio de Cirugía General. Hospital General de México.

Dr. Balmis 148. Colonia Doctores. México, D.F. 06726

E-mail: clinicadetiroides@yahoo.com

Palabras clave: Linfadenopatía, tuberculosis, ganglios en cuello.

Cir Gen 2004;26:177-180

Key words: Lymphadenopathy, lymph nodes in neck, tuberculosis.

Cir Gen 2004;26:177-180

Introducción

El cuello es una región anatómica por la que atraviesan diversos elementos musculares, nerviosos, vasculares y linfáticos, presenta relación directa con la mayoría de los sistemas fisiológicos del ser humano (digestivo, respiratorio, nervioso, endocrino, etcétera) por lo que se convierte en un área de vital importancia en el estudio de múltiples manifestaciones patológicas propias y distantes.

Los tumores en cuello, en ocasiones menospreciados o inadvertidos por falta de sintomatología, constituyen toda una gama de posibilidades diagnósticas para el médico, que abarcan patologías tanto benignas como malignas. El estudio adecuado de éstos es motivo de diversos protocolos de estudio, en ocasiones, influido por el centro hospitalario al que acude el paciente.

Los tumores más frecuentes en cuello son las linfadenopatías, que se manifiestan como 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. Pueden ser: localizadas (75% de los casos), es decir sólo afecta un nivel, o generalizadas (25%) cuando dos o más niveles no contiguos están afectados.¹

La mayor cantidad de ganglios linfáticos de la economía corporal se encuentran en el cuello, por lo que el clínico frecuentemente se confrontará con adenopatías diversas en esta zona.

Una de estas 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.² Sin embargo, un 5% de todos los nuevos casos anuales que se diagnóstica en el Hospital General de México corresponde a tuberculosis extrapulmonar (renal, ganglionar y pleural)³ de hecho esta situación ha tenido un repunte importante, demostrado ya en un estudio en el área del Distrito Federal, el cual indica que la tasa de morbilidad es 17.1 casos por 100,000 habitantes, lo que representa una tasa estimada del triple de la notificada hace 30 años.⁴

Los ganglios comprometidos usualmente son tumores indolores, de crecimiento lento que pueden relacionarse con fístulas secretoras, generalmente en ganglios laterales de la porción media del cuello. El drenaje puede durar meses o años alternando con periodos de cicatrización.⁵

Los ganglios linfáticos cervicales pueden formar masas multinodulares (escrófula) con grandes zonas de necrosis central y granulomas, puede confundirse con un carcinoma metastásico en el adulto.

En los últimos años notamos la presencia de lesión tuberculosa en linfáticos de cuello en pacientes sin antecedentes fímicos y/o de inmunosupresión, por tanto el presente trabajo tiene el objetivo de mostrar la presen-

cia de tuberculosis ganglionar cervical en pacientes referidos para evaluación de aumento de volumen linfático cervical.

Pacientes y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo en pacientes referidos a la Clínica de Tiroides del Hospital General de México para evaluación y diagnóstico de aumento de volumen linfático cervical, sometidos a excisión ganglionar o biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) con sospecha de tuberculosis ganglionar, de noviembre del 2001 a noviembre del 2003.

Las variables estudiadas fueron edad y género, tamaño del tumor, antecedentes personales no patológicos (contacto fímico) y nivel ganglionar afectado.

El estudio histopatológico de los ganglios se realizó por médicos especialistas del servicio de anatomía patológica. Los datos se analizaron con medidas de tendencia central y porcentajes.

Resultados

Se realizaron 328 procedimientos diversos en la Clínica de Tiroides del Hospital General de México, entre noviembre del 2001 a noviembre del 2003, de éstos, 12 casos (3.65%) correspondieron a TB ganglionar. Once pacientes fueron mujeres (91.3%) y un hombre (8.3%), con edad promedio de 24.6 años, rango de 7 a 51 años, mediana 23, moda 21 y desviación estándar (DE) \pm 10.97.

Los antecedentes de contacto fímico en el hogar y/o trabajo fueron negativos en 11 y sólo en uno resultó positivo.

El medio socioeconómico, clasificado por trabajadoras sociales del hospital, fue bajo en ocho enfermos (66.6%), medio en dos (16.7%) y alto en otros dos (16.7%).

En el estrato bajo, cinco pacientes vivían en medio rural (cuatro del Estado de México, y uno en el Distrito Federal); de éstos, cuatro (50%) refirieron hacinamiento sin promiscuidad; dos con zoonosis en su domicilio (perros, gatos, aves de corral), tres pacientes (menores de edad) con esquema de vacunación completo. Los adultos de este grupo desconocían esquema de vacunación aplicado. Sólo uno tuvo contacto fímico en el hogar.

En el estrato medio y alto, todos habitaban en medio urbano, sin hacinamiento, y con esquema de vacunación infantil completo (tres del Distrito Federal y uno del Estado de México).

Ningún paciente presentó antecedentes de inmunosupresión, ni síndrome de inmunodeficiencia adquirida por VIH.

La sintomatología presente en todos los casos fue de crecimiento ganglionar en cuello (**Figura 1**), indoloro en nueve y en tres con dolor leve, con tiempo promedio



Fig. 1. Crecimiento linfático y fístula.

de evolución de seis meses (rango 4-9); con piel intacta en nueve casos (75%) y en tres con fístula a piel (25%) drenando material caseoso (**Figura 2**). En ningún paciente se desarrolló TB pulmonar.

El tamaño ganglionar promedio fue de 8 cm³, rango 2-35, mediana 4, moda 10, DE \pm 9.1. La localización más frecuente fue en el nivel linfático III (seis casos), seguido de nivel I (tres casos), nivel II (dos casos) y nivel IV (un caso).

La tinción en piezas obtenidas fue positiva en cinco casos (41.7%) y negativa en siete (58.3%). La reacción en cadena a polimerasa (PCR) para tuberculosis fue positiva en 100% de los casos.

Todos los pacientes recibieron tratamiento estandarizado que recomienda el Programa Nacional de Tuberculosis de México, a base de isoniazida, rifampicina y pirazinamida.^{6,7} Los 12 pacientes se encuentran asintomáticos al mes de abril 2004.

Discusión

La tuberculosis, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, es una enfermedad curable, pero que desafortunadamente es responsable del deceso de 2 millones de personas al año, lo que la convierte en la causa infecciosa de muerte más importante del mundo.⁸

Estas cifras reflejan la importancia de hacer un diagnóstico oportuno, más aún al saber que sin tratamiento la mitad de los enfermos mueren en un lapso de dos años.⁹

El 95% de las personas infectadas entran en fase de latencia, a partir de la cual existe el peligro permanente



Fig. 2. Fístula.

de reactivación, quedando 5% que evolucionará a enfermedad activa, de estos casos hasta un 80% evolucionan de manera directa hasta culminar en TB pulmonar. En menor frecuencia (20%) el bacilo causa TB extrapulmonar por diseminación linfohematógena, comprometiéndose cualquier órgano o tejido, por ejemplo la TB hematógena aguda (miliar) o la meningitis tuberculosa. Esta diseminación ocasionalmente progresa por contigüidad (periadenitis) y por conductos linfáticos (linfangitis), extendiéndose rápidamente a otros ganglios linfáticos. Simultáneamente, se produce una pleuritis exudativa en el mediastino, de donde puede extenderse al resto de la pleura.¹⁰

En esta serie de sólo un año, el 3.65% de los pacientes evaluados por aumento de volumen cervical presentaron el diagnóstico final de tuberculosis, recalando que se trató de pacientes que de manera inicial no presentaban datos clínicos tradicionales de riesgo a padecer dicha enfermedad, con diferentes niveles socioeconómicos, que habitualmente no se relacionan a esta enfermedad.

Todos los pacientes fueron referidos para descartar un diagnóstico oncológico al presentar un conglomerado ganglionar cervical y ningún dato que orientara a una enfermedad infecciosa.

En numerosas ocasiones, el cirujano enfrentará el dilema diagnóstico de una tumoración cervical, por lo cual deberá estar alerta ante la posibilidad de esta enfermedad. No hay que olvidar que la tinción de la pieza quirúrgica puede ser negativa, pero esto no excluye el diagnóstico.²

Los informes de reactivación tuberculosa en diversas zonas del mundo van en aumento, con cifras de morbimortalidad alarmantes, por lo que es de esperar que se incremente en nuestro medio, en un futuro cercano, el

número de casos atendidos y con manifestación de tumor en cuello, pese a informes de resistencia de micobacterias a varios de los fármacos de elección, la evolución es favorable al iniciar el tratamiento.⁶⁻⁹

En todo paciente con aumento de volumen cervical linfático debe considerarse como una posibilidad diagnóstica la tuberculosis; el diagnóstico puede realizarse por cultivo, BAAF o biopsia excisional y una vez confirmado el diagnóstico, debe iniciarse el tratamiento, generalmente con buena evolución.

Referencias

1. Bazemore AW, Smucker DR. Lymphadenopathy and malignancy. *Am Fam Physician* 2002; 66: 2103-10.
2. Hernández-Solís A, Cicero-Sabido R, Olivera H, Rivero V, Ramírez E, Escobar-Gutiérrez A. Tuberculosis is still a major cause of cervical lymphadenopathies in adults from developing countries. *Epidemiol Infect* 2003; 131: 1071-6.
3. Escobedo L. La tuberculosis causa tres millones de muertes al año en el mundo. Comunicado de prensa no. 205, 26 Diciembre 2001. www.salud.gob.mx
4. García-García M de L, Valdespino-Gómez JL, Palacios-Martínez M, Mayar-Maya ME, García-Sancho C, Sepúlveda-Amor J. Tuberculosis y SIDA en México. *Salud Pub Mex* 1995; 37: 539-48.
5. Jiménez GJ, Díaz MJR, Salazar RS, Guarnaluze BR, Quintero CS. Tuberculosis ganglionar. Presentación clínica. *Rev Cub Oncol* 2001; 17: 158-61.
6. Soto-Ramírez LE. Tratamiento de la tuberculosis. *Gac Med Mex* 1997; 133: 613-16.
7. Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Programa "México libre de tuberculosis": pautas de tratamiento y retratamiento de tuberculosis. *Epidemiología* 2002; 19: 1-3.
8. World Health Organization. WHO Report 2003. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. www.who.int/gtb/publications/globrep03/download.html.
9. Horsburgh CR Jr, Feldman S, Ridzon R. Infectious Diseases Society of America. Practice guidelines for the treatment of tuberculosis. *Clin Infect Dis* 2000; 31: 633-9.
10. Blumberg HM, Burman WJ, Chaisson RE, Daley CL, Etkind SC, Friedman LN, et al. American Thoracic Society/Centers for Disease Control and Prevention/Infectious Diseases Society of America: treatment of tuberculosis. *Am J Respir Crit Care Med* 2003; 167: 603-62.

