



Enero - Marzo 2025
Vol. 5, núm. 1 / pp. 21-24

Linfadenitis cervical como manifestación de tuberculosis extrapulmonar. Revisión de la literatura a propósito de un caso

Cervical lymphadenitis as a manifestation of extrapulmonary tuberculosis. Literature review apropos of a case report

Alex Gallegos Flores,* Rodrigo Fuentes Del Pino†

Palabras clave:

linfadenitis cervical,
tuberculosis
extrapulmonar,
diagnóstico
diferencial, VIH,
reporte de caso.

Keywords:

cervical lymphadenitis,
extrapulmonary
tuberculosis,
differential diagnosis,
HIV, case report.

RESUMEN

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa crónica que afecta principalmente a los pulmones, pero también puede diseminarse a otras áreas del cuerpo, presentándose como tuberculosis extrapulmonar. Presentamos el caso de un paciente masculino de 20 años con linfadenitis cervical tuberculosa, diagnosticada tras estudios imagenológicos, de laboratorio y biopsia. Esto condujo, además, al diagnóstico de una infección por VIH subyacente. Este caso destaca el desafío diagnóstico inicial que puede presentar la tuberculosis extrapulmonar, lo que subraya la necesidad de tener un acabado conocimiento sobre las patologías poco frecuentes que pudiesen afectar cabeza y cuello, manejar distintos métodos diagnósticos para lograr un correcto tratamiento y enfatizar el manejo multidisciplinario de las especialidades afines.

ABSTRACT

Tuberculosis is a chronic infectious disease that primarily affects the lungs but can also spread to other parts of the body, manifesting as extrapulmonary tuberculosis. We report the case of a 20-year-old male patient with tuberculous cervical lymphadenitis, diagnosed through imaging studies, laboratory tests, and biopsy. This led to the additional diagnosis of an underlying HIV infection. This case highlights the initial diagnostic challenge posed by extrapulmonary tuberculosis, emphasizing the importance of thorough knowledge of rare pathologies affecting the head and neck, the use of diverse diagnostic methods to ensure proper treatment, and the critical role of multidisciplinary management across related specialties.

Abreviaturas:

BAAR = bacilos ácido-alcohol resistentes
HE = tinción de hematoxilina-eosina
PAAF = punción aspirativa con aguja fina
PCR = reacción en cadena de polimerasa
TAC = tomografía axial computarizada
VIH = virus de inmunodeficiencia humana

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa crónica granulomatosa causada por *Mycobacterium tuberculosis*.¹ Los grupos con mayor riesgo de infección son individuos inmunodeprimidos, desnutridos, en riesgo socioeconómico, reclusos,

en hacinamiento, alcohólicos, niños, ancianos, habitantes de zonas endémicas de tuberculosis y profesionales de la salud.² Se transmite principalmente por vía aérea, mediante la inhalación de gotitas que se transmiten de persona a persona. Aun cuando la enfermedad afecta principalmente a los pulmones, la tuberculosis pulmonar, también puede diseminarse a otras partes del cuerpo, a lo cual se le denomina tuberculosis extrapulmonar. La bacteria puede permanecer de forma latente en el cuerpo sin ninguna manifestación clínica de enfermedad por largo tiempo, convirtiendo a los afectados en portadores asintomáticos.³

* Cirujano oral y maxilofacial.
Hospital Clínico Félix
Bulnes. Santiago, Chile.
† Cirujano dentista.
Universidad San Sebastián.
Santiago, Chile.

Recibido: 07/04/2025
Aceptado: 15/04/2025

doi: 10.35366/119976

Citar como: Gallegos FA, Fuentes PR. Linfadenitis cervical como manifestación de tuberculosis extrapulmonar. Revisión de la literatura a propósito de un caso. Lat Am J Oral Maxillofac Surg. 2025; 5 (1): 21-24. <https://dx.doi.org/10.35366/119976>



REPORTE DE CASO

Se trata de paciente masculino de 20 años, sin antecedentes mórbidos conocidos, acude al servicio de urgencia hospitalaria por aumento de volumen circunscrito, eritematoso y sensible a la palpación en la región submandibular izquierda de seis semanas de evolución (*Figura 1A*) acompañado de fiebre intermitente. Fue tratado con distintos antibióticos orales, indicados por varios profesionales, con evolución parcialmente favorable. El examen intraoral reveló una dentición completa, con el diente 38 parcialmente erupcionado, sin compromiso del fondo de vestíbulo.

El estudio ecográfico inicial evidenció una colección hipoecogénica de 2.3 cm de espesor, que se extendía hasta el margen mandibular, asociada con adenopatías hipervascularizadas e inflamación circundante, lo que sugirió un origen odontogénico. Además, una tomografía axial computarizada (TAC) complementaria confirmó una colección organizada de 36×18 mm en la región submandibular izquierda, con adenopatías necróticas adyacentes, sin compromiso en estructuras vecinas o espacios anatómicos importantes (*Figuras 1B y 1C*). Dentro de los exámenes de laboratorio, la proteína C reactiva fue de 0.4 mg/dL y el recuento de leucocitos de 10.9×10^3 cel/mm³.

Por los antecedentes anteriormente descritos, se decidió realizar un drenaje quirúrgico, toma de cultivo, biopsia de tejido de la zona y manejo antibiótico endovenoso con clindamicina y ceftriaxona en contexto intrahospitalario. Luego de cinco días presentó una evolución clínica favorable, con disminución de parámetros inflamatorios; la biopsia inicial informó un proceso inflamatorio abscedado agudo y crónico, por lo que se decidió el alta hospitalaria.

El paciente acudió a controles ambulatorios posteriores, presentó dolor local, inflamación, eritema, cierre parcial de herida operatoria y exudado seropurulento que alertan mal curso del cuadro (*Figura 2A*). Por esta razón, se inició manejo con antibioterapia oral y la desinclusión del diente 38 como posible foco infeccioso. Al control, siete días después, no se observaron mejoras, por lo que se solicitó una nueva TAC de control, en la cual se informa un conglomerado nodal necrótico

en la región cervical izquierda, con adenopatías de hasta 30×15 mm y una pequeña colección líquida subcutánea de 22×17 mm en comunicación con la piel (*Figura 2B y 2C*). No se observaron alteraciones en los espacios anatómicos adyacentes. El estudio ecográfico complementario evidenció una linfadenopatía en cadena nivel I, ovoidea, de 1.36×2.23 cm, hipoecogénica, con contornos delimitados (*Figura 2D*).

Debido a la evolución insatisfactoria, se realizó una reintervención quirúrgica cuyo objetivo principal fue la biopsia escisional del tejido afectado. Cuando el paciente acudió a control días después de esta última intervención quirúrgica, se apreció nuevamente un aspecto clínico desfavorable (*Figura 3A*). El estudio anatomopatológico mostró estructuras nodulares con fibrosis moderada a severa, infiltrado inflamatorio de neutrófilos, macrófagos y células epitelioides, con necrosis central y abundantes células gigantes multinucleadas. No se identificaron microorganismos específicos en la tinción de hematoxilina-eosina (HE). Sin embargo, la histoquímica para bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR) fue positiva, confirmando el diagnóstico de linfadenitis granulomatosa necrosante por tuberculosis (*Figura 3B*).

Complementario al estudio, se pesquisó serología reactiva para el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), lo que motivó el inicio simultáneo de tratamiento antituberculoso (isoniacida, rifampicina, pirazinamida, etambutol) y terapia antirretroviral. Además, se descartaron focos pulmonares mediante una radiografía de tórax, confirmando el diagnóstico de tuberculosis extrapulmonar. El paciente evolucionó favorablemente tras el inicio del tratamiento, con mejoría clínica evidente en los controles posteriores (*Figura 4*).

DISCUSIÓN

Aproximadamente 15% de las tuberculosis en todo el mundo son infecciones extrapulmonares, que pueden o no estar asociadas a síntomas pulmonares.⁴ La tuberculosis extrapulmonar puede manifestarse tanto en pacientes inmunocompetentes como en inmunodeprimidos. Se estima que el riesgo de desarrollar tuberculosis es 18 veces mayor en personas VIH+.³ Por

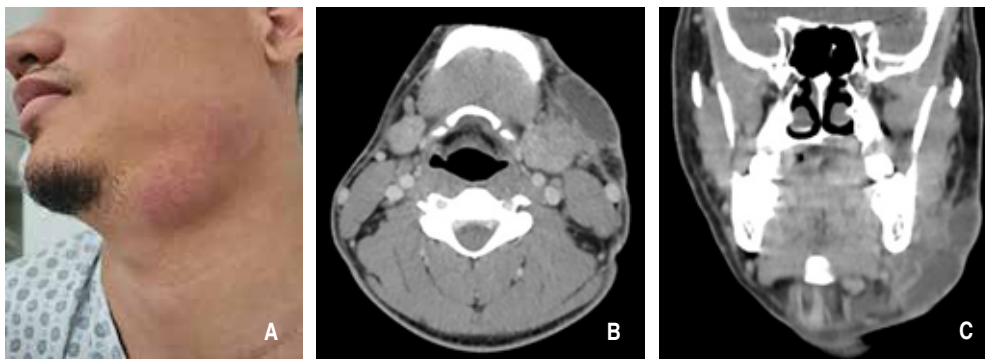


Figura 1:

A) Lesión inicial en la región submandibular izquierda.
B y C) Tomografías computarizadas iniciales del paciente.

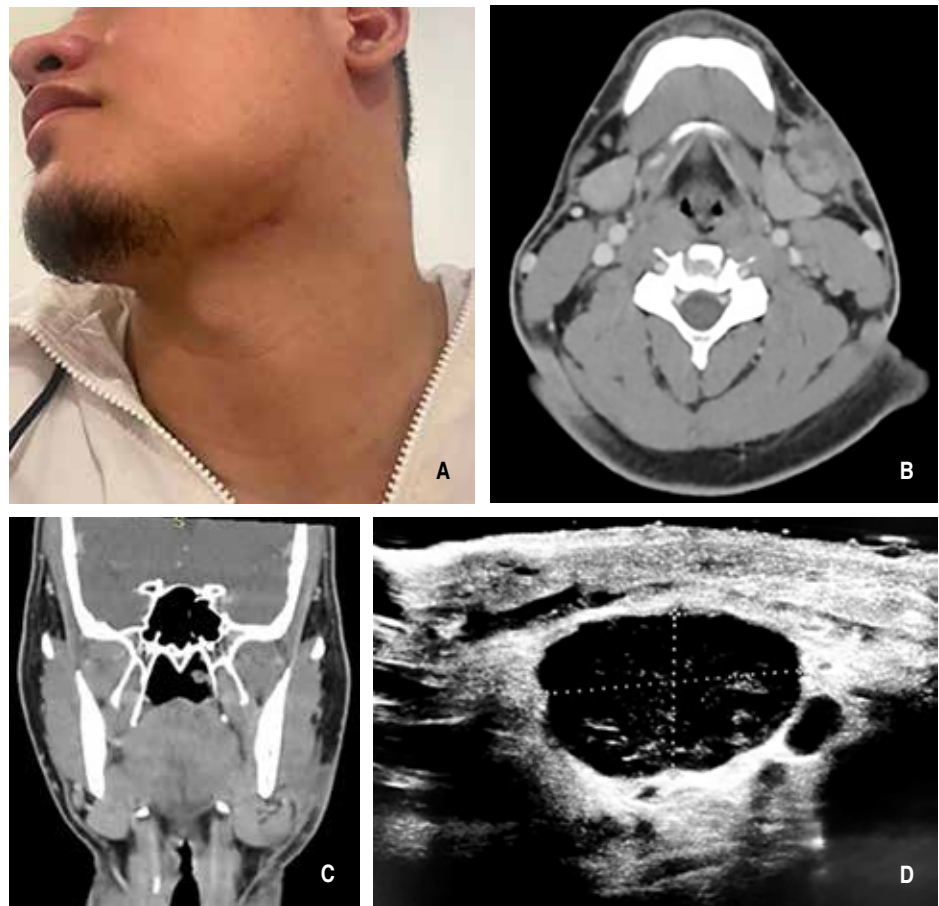


Figura 2:

- A)** Cierre parcial de la herida después del drenaje quirúrgico. **B y C)** Tomografías computarizadas de seguimiento. **D)** Ecografía complementaria posterior a drenaje quirúrgico.

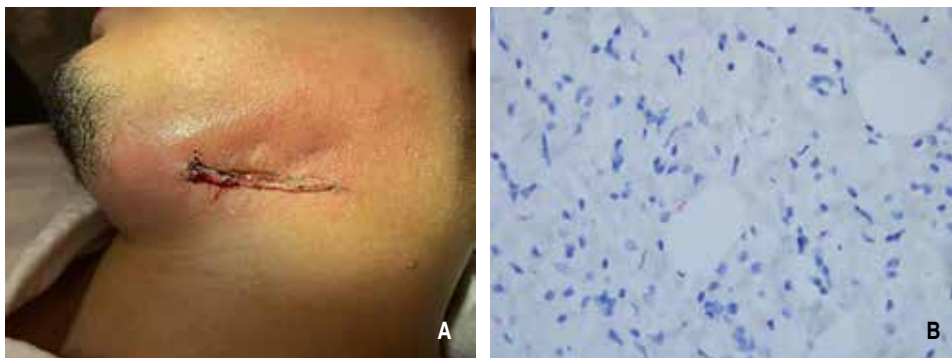


Figura 3:

- A)** Lesión postbiopsia escisional (escrófula). **B)** Tinción histoquímica positiva para bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR).

otra parte, los pacientes con coinfección por VIH y tuberculosis presentan una incidencia significativamente mayor de manifestaciones extrapulmonares.¹ Además, estos pacientes tienen una mayor susceptibilidad a la reactivación de la tuberculosis latente y un riesgo elevado de desarrollar una enfermedad diseminada en comparación con otros grupos poblacionales.^{1,3} La linfadenitis cervical tuberculosa, también conocida como escrófula, es la forma más común de tuberculosis extrapulmo-

nar observada.² Afecta principalmente los ganglios linfáticos cervicales anteriores, seguidos por los del triángulo posterior, submandibulares y supraclaviculares.⁵

Un diagnóstico definitivo de linfadenopatía tuberculosa se establece con base en la detección de *Mycobacterium tuberculosis* en un ganglio linfático afectado por cultivo o análisis de reacción en cadena de polimerasa (PCR). Aunque el cultivo es el estándar de oro, puede tardar entre dos a cuatro

semanas en arrojar resultados.⁶ Se recomienda como técnica de muestreo, si es que el agrandamiento del ganglio linfático es visible, la punción aspirativa con aguja fina (PAAF), ya que ha demostrado ser mínimamente invasiva.⁷ Sin embargo, no siempre se puede establecer un diagnóstico definitivo debido a varias razones, incluida la naturaleza paucibacilar de la linfadenopatía tuberculosa, la cantidad limitada de tejido aspirado disponible para la prueba y una distribución no uniforme de microorganismos en las muestras.⁸ Las recomendaciones actuales sugieren realizar una biopsia escisional cuando la PAAF es inconclusa. No obstante, ésta puede diseminar la enfermedad y generar fístulas, especialmente en casos de abscesos, por lo tanto, se sugiere resección en bloque de los ganglios cuando sea inevitable.⁶ En la ecografía, la linfadenitis cervical tuberculosa se caracteriza por hipoecogenicidad, ecos internos prominentes, capas delgadas ecogénicas, conglomerados ganglionares, alteraciones en los tejidos blandos y vascularidad hilar desplazada.⁵ Los exámenes imagenológicos pueden servir como herramientas complementarias en el diagnóstico, aunque no son suficientes por sí solos.⁹

Las condiciones que se deben considerar en el diagnóstico diferencial de la linfadenitis cervical incluyen causas infecciosas tales como *Mycobacterium tuberculosis*, micobacterias no tuberculosas, especies de toxoplasma, especies de *Bartonella* y hongos. Las causas no infecciosas incluyen neoplasias, sarcoidosis, enfermedad de Castleman, reacciones a medicamentos e hiperplasia reactiva no específica.⁶

El tratamiento antituberculoso estándar descrito consiste en una combinación de isoniazida, rifampicina, etambutol y pirazinamida. Cuando existe coinfección por VIH y tuberculosis, además del tratamiento antituberculosos se debe realizar tratamiento antirretroviral.¹⁰



Figura 4: Control postoperatorio tres semanas después de iniciar el tratamiento antituberculoso y antirretroviral.

CONCLUSIÓN

Este caso resalta las dificultades diagnósticas que pueden surgir en la tuberculosis extrapulmonar, destacando la importancia de un profundo conocimiento de las patologías inusuales que pueden afectar la región cervicofacial, así como el dominio de diversos métodos diagnósticos para garantizar un tratamiento adecuado y el enfoque multidisciplinario con las especialidades relacionadas. El diagnóstico definitivo de esta patología presenta un gran desafío para los clínicos, ya que, la sintomatología con que debuta puede ser similar al de un cuadro infeccioso de origen odontogénico, lo que produce confusión por el curso refractario a las terapias antibióticas empíricas.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen sinceramente al Dr. Claudio Molina Castillo (profesor asociado, Departamento de Patología Oral e Investigación, Universidad San Sebastián) por su valiosa contribución en la metodología de este artículo.

REFERENCIAS

- Rodriguez-Takeuchi SY, Renjifo ME, Medina FJ. Extrapulmonary tuberculosis: pathophysiology and imaging findings. *RadioGraphics*. 2019; 39 (7): 2023-2037. doi: 10.1148/rg.2019190109.
- Baykan AH, Sayiner HS, Aydin E, Koc M, Inan I, Erturk SM. Extrapulmonary tuberculosis: an old but resurgent problem. *Insights Imaging*. 2022; 13 (1): 39. doi: 10.1186/s13244-022-01172-0.
- Alsayed SSR, Gunosewoyo H. Tuberculosis: pathogenesis, current treatment regimens and new drug targets. *Int J Mol Sci*. 2023; 24 (6): 5202. doi: 10.3390/ijms24065202.
- Moule MG, Cirillo JD. *Mycobacterium tuberculosis* dissemination plays a critical role in pathogenesis. *Front Cell Infect Microbiol*. 2020; 10: 65. doi: 10.3389/fcimb.2020.00065.
- Asriyani S, Syahril E, Nelly. Multiple organ tuberculomas in infant. *J Clin Imaging Sci*. 2022; 12: 30. doi: 10.25259/JCIS_212_2021.
- Li WX, Zhu Y, Dong Y, Liu L. Diagnosis and management of occult cervical tuberculous lymphadenopathy. *Ear Nose Throat J*. 2022; 101 (6): 359-364. doi: 10.1177/01455613211043692.
- Sivaratnam L, Nawi AM, Abdul Manaf MR. An evidence-based clinical pathway for the diagnosis of tuberculous lymphadenitis: A systematic review. *Int J Mycobacteriol*. 2020; 9 (2): 107-115. doi: 10.4103/ijmy.ijmy_207_19.
- Gautam H, Agrawal SK, Verma SK, Singh UB. Cervical tuberculous lymphadenitis: clinical profile and diagnostic modalities. *Int J Mycobacteriol*. 2018; 7 (3): 212-216.
- Gopalaswamy R, Dusthacker VNA, Kannayan S, Subbian S. Extrapulmonary tuberculosis—an update on the diagnosis, treatment and drug resistance. *J. Respir*. 2021; 1 (2): 141-164. doi: 10.3390/jor1020015.
- Tagne Nouemssi AB. Disseminated tuberculous lymphadenitis presenting as cervical mass in patient with HIV infection, worsening after antiretroviral initiation: diagnosis and treatment challenges. *BMJ Case Rep*. 2018; 2018: bcr2017221775. doi: 10.1136/bcr-2017-221775.

Correspondencia:

Alex Gallegos Flores

E-mail: alexgallegosflores4@hotmail.com