

POLICLÍNICO ÁREA SUR  
CIEGO DE ÁVILA**Escrófula Tuberculosa. Presentación de un caso****Tubercular scrofula. A case report.**

Adolfo Orestes Antúnez Baró (1), Maité Palmero Gómez (2).

**RESUMEN**

Se presenta el caso de un paciente de 45 años, con antecedentes personales y familiares de buena salud, que presentaba linfadenitis crónica localizada en varias partes del cuerpo, con epidemiología negativa, el cual fue atendido inicialmente en el policlínico, después ingresado en varias instituciones hospitalarias del país, con diferentes diagnósticos; finalmente resultó ser una tuberculosis ganglionar. Se señalan los pilares del diagnóstico positivo y diferencial de la enfermedad; por el carácter reemergente de la misma se hace hincapié en que los médicos de la atención primaria deben tenerla presente al realizar el diagnóstico diferencial.

**Palabras clave:** TUBERCULOSIS, TUBERCULOSIS GANGLIONAR.

1. Especialista de 1er. Grado en Medicina Interna. Profesor Asistente.
2. Especialista de 1er. Grado en Medicina General Integral.

**INTRODUCCIÓN**

La infección ganglionar cervical es la causa más frecuente de Tuberculosis extrapulmonar (TBe). En la antigüedad fue llamada Escrófula, cuando formaba fístula con salida de materia caseoso y cicatrización (1-3). Se observa en más del 25% de los Tuberculosos; en personas VIH—positivos se diagnostica hasta en un 60% de casos. E.U. reporta el 31% de casos; la India alcanza el 4,4 por 10,000 habitantes en infantes. En países subdesarrollados los porcentajes pueden ascender al 43% (2). Antiguamente esta forma de tuberculosis se observaba en la infancia; actualmente la edad media es de 40 años. El objetivo del presente trabajo, es discutir un paciente con múltiples adenopatías características de infección por *Mycobacterium Tuberculosis*, con diagnóstico demorado y peregrinar por varios hospitales, por no tener presente, lo señalado por otros autores, que la tuberculosis en cualquiera de sus formas (Pulmonar o extrapulmonar), es una enfermedad reemergente, asociada mundialmente a la epidemia por VIH o a recortes presupuestales en algunos países (3). Los jóvenes principalmente en la atención primaria de salud, deben sospecharla entre los diagnósticos sugestivos y buscarla.

**PRESENTACIÓN DE CASO**

Paciente de 45 años, con antecedentes patológicos de buena salud; en junio del 2006, comenzó con molestia en la axila izquierda. Donde tenía una tumoración de más o menos 15 mm; le diagnosticaron una Hidrosadenitis, se le indicó tratamiento con Azitromicina, la misma continuó con aumento de tamaño. Seis o siete meses más tarde le aparecen nuevas tumoraciones en región inguinal izquierda y cuello ipsolateral. No refirió otros síntomas. Durante este tiempo el enfermo estuvo ingresado en varios hospitales con diversos criterios diagnósticos, (Linfoma, Metástasis Tumorales, Sarcoidosis, Tuberculosis, etc.) señalados en el orden que se le dio importancia. Se niega a continuar hospitalizado; es estudiado nuevamente en nuestro policlínico, se obtuvo los siguientes resultados.

Examen Físico: Por Aparatos: S.H.L.P: Adenopatías múltiples supra clavicular izquierda de más o menos 20 mm la mayor, de consistencia firme, adherida a planos profundos, no dolorosas al tacto. Parecidas a las primeras, pero más pequeñas se detectó en la región axilar e inguinal, otras del mismo lado (Figura No.1 y Figura No.2). Resto del examen negativo.

Exámenes Complementarios: Ultrasonografía Axilar Izquierda: Imagen quística de 26,16 mm. Ultrasonografía Abdominal, Hígado, Páncreas, Bazo y Riñones normales. Próstata con 3 imágenes de calcificaciones en su interior. Aorta normal; no Ganglios periaórtico. BAAF: No útil. Radiografía

Torácica: Negativa. Hemograma: Hb: 138 g/l; Leucograma: 9.1 por 10<sup>9</sup>/l. Segmentados: 0,71; Linfocitos: 0,26; Eosinófilos: 0,03. Eritrosedimentación: 53 mm. Conteo de Plaquetas: 160 por 10<sup>9</sup>/l. Glicemia: 3.6 mmol/l. Creatinina: 107 mmol/l. TGP: 15.3 U/l. TGO: 20.1 U/l. Cituria: Negativa. VDRL: No/Reactiva. Biopsia ganglionar axila izquierda: Tejido con reacción granulomatosa (proliferación vascular, células gigantes, infiltrado mononuclear y necrosis caseosa). Zielh-Nelsen positivo. Cultivo en medio de Lowenstein, positivo para *M. tuberculosis*. Baciloscopía oral: no se realizó. Mantux: positivo. (Eritema indurado 7mm). Serología VIH: Negativa. Se diagnosticó Tuberculosis Ganglionar. Se le indicó tratamiento multidroga controlado. Evolución satisfactoria, desaparición de las adenomegalias, inguinales y axilares con disminución de las cervicales. Fue dado de alta a los 6 meses.

Discusión: Paciente de 45 años, mestizo con APP y APF sin importancia. Después de analizar su Historia Clínica se concluye, que es portador de una Tuberculosis Ganglionar. Para ello tomamos en consideración tres criterios, Epidemiológicos, Clínicos y Microbiológicos: Epidemiológicos: no evidencia de contacto tuberculoso. Posible activación y diseminación de una infección latente pulmonar por vía linfática (4). Mantux considerado positivo cuando el eritema indurado es mayor de 5mm, asociado a infección latente, vacunación por BCG; su negatividad no excluye el diagnóstico; en este paciente resultó positivo. La serología VIH- negativa en este caso, está indicada por frecuente co-infección. Clínica: Linfadenopatías múltiples en región cervical, axilar e inguinal; la mayor de alrededor de 20mm, de consistencia firme, agrupadas y adherida a planos profundos, no dolorosa (5), aunque le molestaban. Sin otros síntomas. Exámenes complementarios: Eritrosedimentación: 53mm, se eleva en los pacientes tuberculosos, puede llegar a tres cifras. Ultrasonografía Axilar: Imagen hipodensa de aspecto quística de 26,16 mm, permite hacer diagnóstico diferencial con imágenes ecolúcidas de tumores primarios y metástasis. El ultrasonido permite orientar la BAAF; esta última debe realizarse para obtener células, para estudio citológico, baciloscópico y cultivo, en nuestro caso no fue útil. El cultivo en medio de Lowenstein, permite el crecimiento del *Mycobacterium Tuberculosis* y siempre que esto ocurra, como sucedió en este caso, será el diagnóstico de certeza, el diagnóstico diferencial, clínico e histopatológico incluyó sarcoidosis; linfadenitis granulomatosa infecciosa por hongos, enfermedad por arañazo de gato, tularemia, brucelosis, espiroquetas, leishmania, micobacteriosis atípica, linfoma de Hodgkin y carcinoma metastásico (6). El tratamiento de la tuberculosis ganglionar, utilizado en nuestro paciente, fue igual al de la forma pulmonar (isoniacida, rifampicina, etambutol y pirazinamida), y se basó en la aplicación de la terapia multidroga controlada, con curación en un 95% de los casos, previene nuevas infecciones y la multirresistencia (1, 7-10).

### Comentario

La tuberculosis es considerada una enfermedad infecciosa reemergente, según reportes de la Organización Mundial de Salud, en ocasiones fatal, con gran repercusión económica y social (11). Se ha demostrado la existencia de una elevada resistencia a la terapéutica en los últimos tiempos, esto ha obligado el cambio de esquemas terapéuticos y enfoques epidemiológicos de control en muchos países y poblaciones de riesgo (12). Como ha señalado Fernández Arias, M.A y colaboradores, 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 (Figuras No. 1 y 2), como ocurrió en el caso que motiva esta presentación, o manifestarse como fístulas adenocutáneas que constituyen la escrófula (1-3).

### ABSTRACT

It is presented a 45 years old patient, with personal and familiar pathological antecedents of good health, that appeared with a chronic lymphadenitis located in several parts of the body, with negative epidemiology, which was taken care in our polyclinic, later entered in several hospitable institutions of our country, with different diagnosis; finally turned out to be a lymph node tuberculosis (TBG). The pillars of positive and differential diagnosis of the disease are indicated; Due to its reemerging character it is insisted on doctors of primary attention, so that they think about when realizing the differential diagnostic.

**Key Works:** TUBERCULOSIS; TUBERCULOSIS, LYMPH NODE.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Escrófula [Internet]. Bethesda: MedlinePlus; 2010 [actualizada 15 Sep 2010; citado 29 Jul 2011] [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001354.htm>
2. Fanlo P, Tiberio G. Extrapulmonary tuberculosis. An Sist Sanit Navarr. 2007; 30(Supl. 2): 143-162.
3. Fernández Arias MA, Vázquez Vigoa A, Sánchez Ruiz J, Pérez Suárez JC. Tuberculosis ganglionar a forma de fiebre de origen desconocido: a propósito de un caso. Rev Cubana Med [Internet]. 2007; 46(4): [aprox. 8 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75232007000400010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232007000400010)
4. López Castellanos J. Tuberculosis ganglionar: a propósito de un caso [Internet]. 2008 [citado 10 Mar 2011] [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.bibliomaster.com/pdf/4173.pdf>
5. Vázquez Ramos VR, Flores Longoria AJ, Soriano González J, Vizcaíno Muro MR. Tuberculosis ganglionar en la región cervical [Internet]. Buenos Aires: Intramed; c.2012 [citado 23 Jun 2012] [aprox. 6 pantallas]. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=76692>
6. Jiménez Galainena J, Díaz Martínez JR, Salazar Rodríguez Sirced, Guarnaluce Brooks R, Quintero Cayola S. Tuberculosis ganglionar. Presentación clínica. Rev Cubana Oncol. 2001; 17(3): 158-61.
7. Chaves Matamoros A. Tratamiento de tuberculosis [Internet]. Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social. Departamento de Farmacoepidemiología; 2005 [citado 10 Mar 2011] [aprox. 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.ccss.sa.cr/>
8. Disseminated tuberculosis [Internet]. Washington: MedlinePlus; 2011 [actualizada 22 Jun 2011; citado 29 Jul 2011] [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000624.htm>
9. Centers for Disease Control. Tratamiento de la infección de tuberculosis latente [Internet]. Atlanta: CDC; 2011 [citado 30 Jul 2011] [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: [http://www.cdc.gov/tb/publications/factsheets/treatment/TreatmentLTBI\\_es.htm](http://www.cdc.gov/tb/publications/factsheets/treatment/TreatmentLTBI_es.htm)
10. Tuberculosis [Internet]. Atlanta: Patient Education Institute; 1995-2009 [citado 30 Jul 2011] [aprox. 3 pantallas]. Disponible en: <http://www.x-Plain.com>
11. Khatri GH, Thomas R. Controlling tuberculosis in India. N Engl J Med. 2005; 347:1420-5.
12. Centers for Disease Control. Tuberculosis multirresistente (MDR) [Internet]. Atlanta: CDC; 2009 [actualizada 20 Jun 2011; citado 30 Jul 2011] [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/tb/publications/factsheets/drtb/mdrtbspanish.htm>

## ANEXOS



Figura No.1



Figura No.2