



Rev. Ciencias Médicas. Noviembre-diciembre, 2015; 19 (6):1195-1200

COLABORACIONES DE PROFESIONALES EN EL EXTERIOR

Tuberculosis ganglionar como forma de presentación de la tuberculosis extrapulmonar

Ganglionic tuberculosis as a presentation of extrapulmonary tuberculosis

José Abel García Acosta,¹ Ariel E. Delgado Rodríguez²

¹Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Máster en Urgencias Médicas. Diplomado en Cuidados Intensivos. Misión médica cubana en Mozambique. Hospital Central de Nampula, Mozambique. Correo electrónico: jgarcia@princesa.pri.sld.cu

²Especialista de primer grado en Medicina Interna y de Segundo Grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Auxiliar. Misión médica cubana en Mozambique. Hospital Central de Nampula, Mozambique.

Recibido: 12 de noviembre de 2015.

Aprobado: 13 de diciembre de 2015.

RESUMEN

Introducción: la tuberculosis es una enfermedad infecciosa producida por *Mycobacterium tuberculosis*. Esta enfermedad es un problema de considerable magnitud en muchas partes del mundo, especialmente en países en desarrollo. La tuberculosis ganglionar es una de las formas clínicas extrapulmonares de la enfermedad, y las manifestaciones clínicas dependen de la localización del ganglio comprometido, el sitio más frecuente es el cuello, generalmente con repercusión mediastinal como elemento secundario.

Historia del caso: adulta joven que acude a consulta externa por presentar manifestaciones generales desde hace alrededor de un mes, dadas por decaimiento, malestar general, episodios febriles, pérdida de peso de 2,5 Kg en dos

semanas, así como pobre apetito; unos días antes de acudir al médico notó aumento de volumen en el cuello, apareciendo varias adenopatías a ese nivel. Niega tos expectoración, falta de aire en este periodo de tiempo. **Conclusiones:** la forma extrapulmonar ganglionar de la tuberculosis debe ser sospechada atendiendo a la aparición de adenopatías y siguiendo los elementos de diagnóstico clínico-epidemiológicos y microbiológico, para iniciar tratamiento específico de manera rápida a fin de lograr los resultados de curación de la enfermedad preconizados por la Organización Mundial de Salud.

DeCs: Tuberculosis ganglionar.

ABSTRACT

Introduction: tuberculosis is an infectious disease caused by *Mycobacterium tuberculosis*. This disease is a problem of considerable magnitude in many parts of the world, especially in developing countries. Ganglionic tuberculosis is one of the extrapulmonary clinical presentations of this disease, and the clinical manifestations depend on the location of the compromised ganglion, the most common site is the neck, usually with mediastinal repercussion as a secondary element. **Case Report:** a young adult attends to the outpatient office presenting general manifestations from a month ago, given by weakness, malaise, febrile episodes, weight loss of 2.5 kg in two weeks, and poor appetite; a few days before visiting the doctor the patient noticed an increased of volume in the neck, appearing several lymph nodes at that level. The patient denies having expectoration and shortness of breath during this time. **Conclusions:** ganglionic extrapulmonary tuberculosis should be suspected in response to the appearance of lymph nodes, following the elements of clinical-epidemiological and microbiological diagnosis aimed at initiating the specific treatment as quickly as it can, achieving results to cure the disease as it is recommended by the World Health Organization.

DeCS: Lymph node tuberculosis.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa producida por *Mycobacterium tuberculosis*, bacteria ácido alcohol resistente, con aproximadamente 0,3 a 0,6 micras de ancho y 1 a 4 micras de largo; su propiedad básica está sustentada en el lípido que constituye su pared, el cual es usualmente demostrado por la coloración de Ziehl-Nielsen.¹⁻³

El vehículo de transmisión del tubérculo desde una fuente transmisible a un potencial nuevo hospedero, generalmente tiene lugar a través del aire. Esta enfermedad es un problema de considerable magnitud en muchas partes del mundo, especialmente en países en desarrollo; en ocasiones la frecuencia es no estimada en grandes países como China e India, debido a pobres reportes.^{1, 2, 4}

En Asia y África, y parte de América Latina, entre el 40 y 80% de los niños y adolescentes son infectados, según reportes de la Organización Mundial

de Salud.^{1-3,5} La tuberculosis ganglionar es una de las formas clínicas extra pulmonares de la enfermedad, y las manifestaciones clínicas dependen de la localización del ganglio comprometido, el sitio más frecuente es el cuello, generalmente con repercusión mediastinal como elemento secundario.^{1, 2, 6,7}

En muchas ocasiones es un proceso oscuro, difícil de diagnosticar; para su confirmación bacteriológica se requiere en muchas situaciones un proceder invasivo. El diagnóstico depende del aislamiento del microorganismo, que en algunos casos es difícil por el escaso número de gérmenes existentes en la muestra tomada; representa el 29,9% de la forma extrapulmonar.^{8,9}

HISTORIA DEL CASO

Adulta joven que acude a la consulta externa de Medicina Interna del Hospital Central de Nampula, Mozambique, en el mes de noviembre de 2013, pues comenzó a presentar manifestaciones generales hace alrededor de un mes, dadas por decaimiento, malestar general, episodios febriles, pérdida de peso de 2,5 Kg en dos semanas, así como pobre apetito; unos días antes de acudir al médico notó aumento de volumen en el cuello, apareciendo varias adenopatías a ese nivel. Niega tos expectoración, falta de aire en este periodo de tiempo.

Examen físico:

- Mucosas: normo coloreadas y húmedas.
- Aparato respiratorio: murmullo vesicular normal, no estertores. FR: 18/minuto.
- Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, buen tono, no soplos. Frecuencia cardiaca: 85/minuto. TA: 110/70 mm Hg.
- Abdomen: suave, depresible, no doloroso, no tumoración visible ni palpable, no visceromegalia.
- Tejido celular subcutáneo: no edemas.
- Sistema Nervioso Central: no alteraciones.
- Sistema hemolinfopoyético: adenopatías múltiples en región cervical, consistencia elástica, ligeramente dolorosas. De 3-4 cm. de diámetro, no adheridas a planos profundos.

Estudios complementarios:

1. Hemograma:

- Hb: 105 g/L.

Velocidad de sedimentación globular: 68 mm/h.

- WBC: $5,6 \times 10^9$ /L.

Diferencial:

- Linfocitos 27,3.
- Monocitos 6,2.
- Granulocitos 66, 5.
- PLT: 206 000 /mm³.

2. Radiografía de tórax vista PA: no alteraciones pleuro pulmonares.

3. HIV: negativo.

4. Tuberculin skin test (Prueba de Mantoux): 29 mm.

5. Biopsia de ganglio linfático por aspiración: cultivo compatible con *Mycobacterium tuberculosis*.

DISCUSIÓN

La tuberculosis provoca la muerte a más de 3 millones de personas anualmente en el mundo, estudios recientes evidencian que menos de la mitad de los infectados reciben un adecuado tratamiento.^{1,10}

Esta enfermedad es considerada como una entidad infecciosa reemergente, según reportes de la Organización Mundial de Salud (OMS), en ocasiones fatal, con gran repercusión económica y social. Se ha demostrado una elevada resistencia a la terapéutica en los últimos tiempos, de manera tal que ha condicionado el cambio de esquemas terapéuticos y enfoques epidemiológicos de control en muchos países y poblaciones de riesgo.¹⁻⁴

Luego de una detallada evaluación, se consideró que ésta enferma fue infectada por *Mycobacterium tuberculosis*, cumplimentándose los criterios clínicos, epidemiológicos y microbiológicos de la enfermedad en su forma de presentación ganglionar.^{2,3}

El enfoque clínico epidemiológico de la paciente demostró que la enfermedad se mantuvo en forma latente durante considerable periodo de tiempo, si se considera la demostración de la enfermedad en otros miembros de su familia. Como es sabido *Mycobacterium tuberculosis* puede permanecer incubándose por semanas y hasta meses, en dependencia del estado inmunológico del hospedero.¹¹⁻¹³

Una vez iniciado el tratamiento específico antituberculoso en su esquema tradicional,² el caso se apreció mejoría clínica y regresión de las adenopatías luego de siendo egresada y seguida en su área de salud.

CONCLUSIONES

La tuberculosis es una enfermedad frecuente en el área geográfica de la provincia de Nampula, Mozambique, especialmente en su variedad pulmonar. La forma extra pulmonar ganglionar debe ser sospechada atendiendo a la aparición de adenopatías y siguiendo los elementos de diagnóstico clínico-epidemiológicos y microbiológico, para iniciar tratamiento específico de manera rápida a fin de lograr los resultados de curación de la enfermedad preconizados por la OMS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lin CH, Lin CJ, Kuo YW, Wang JY, Hsu CL, Chen JM, Cheng WC, Lee LN. Tuberculosis mortality: patient characteristics and causes. *BMC Infect Dis.* 2014 Jan 3;14:5. doi: 10.1186/1471-2334-14-5.
2. Garcia-Monco JC. Tuberculosis. *Handb Clin Neurol.* 2014; 121:1485-99.
3. Karstaedt AS. Extrapulmonary tuberculosis among adults: experience at Chris Hani Baragwanath Academic Hospital, Johannesburg, South Africa. *S Afr Med J.* 2013 Oct 11;104(1):22-4.
4. Behr MA, Waters WR. Is tuberculosis a lymphatic disease with a pulmonary portal? *Lancet Infect Dis.* 2014 Mar;14(3):250-5.
5. Gomes T, Vinhas SA, Reis-Santos B, Palaci M, Peres RL, Aguiar PP, et al. Extrapulmonary tuberculosis: Mycobacterium tuberculosis strains and host risk factors in a large urban setting in Brazil. *PLoS One.* 2013 Oct 2;8(10): e74517.
6. Sevgi DY, Derin O, Alpay AS, Gündüz A, Konuklar AS, Bayraktar B, Bulut E, Uzun N, Sonmez E. Extrapulmonary tuberculosis: 7 year-experience of a tertiary center in Istanbul. *Eur J Intern Med.* 2013 Dec;24(8):864-7.
7. Neelakantan S, Nair PP, Emmanuel RV, Agrawal K. Diversities in presentations of extrapulmonary tuberculosis. *BMJ Case Rep.* 2013 Feb 28;2013. pii: bcr2013008597.
8. Solovic I, Jonsson J, Korzeniewska-Kose?a M, Chiotan DI, Pace-Asciak A, Slump E, et al. Challenges in diagnosing extrapulmonary tuberculosis in the European Union, 2011. *Euro Surveill.* 2013 Mar 21;18(12). pii: 20432.
9. Prakasha SR, Suresh G, D'sa IP, Shetty SS, Kumar SG. Mapping the pattern and trends of extrapulmonary tuberculosis. *J Glob Infect Dis.* 2013 Apr;5(2):54-9.
10. Bos JC, Smalbraak L, Macome AC, Gomes E, van Leth F, Prins JM. TB diagnostic process management of patients in a referral hospital in Mozambique in comparison with the 2007 WHO recommendations for the diagnosis of smear-negative pulmonary TB and extrapulmonary TB. *Int Health.* 2013 Dec;5(4):302-8.
11. Biadglegne F, Tesfaye W, Anagaw B, Tessema B, Debebe T, Anagaw B, Mulu A, Sack U, Rodloff AC. Tuberculosis lymphadenitis in Ethiopia. *Jpn J Infect Dis.* 2013;66(4):263-8.

12. Alghamdi AA, Awan FS, Maniyar IH, Alghamdi NA. Unusual manifestation of extrapulmonary tuberculosis. Case Rep Med. 2013; 2013:353798.

13. Mignone F, Calitri C, Scolfaro C, Garofalo S, Lonati L, Versace A, Tovo P. An adolescent with persistent cervical lymphadenopathy and retropharyngeal abscess: case report. Minerva Pediatr. 2013 Oct;65(5):569-74.

Dr. José Abel García Acosta. Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Máster en Urgencias Médicas. Diplomado en Cuidados Intensivos. Misión médica cubana en Mozambique. Hospital Central de Nampula, Mozambique. Correo electrónico: jgarcia@princesa.pri.sld.cu