

## Tuberculosis ganglionar

### Ganglionar tuberculosis

Ángel Arpa Gámez, Amaury Ledón Casals, Sailit Travieso Pérez, Rafael Nodarse Hernández

Hospital Militar Central "Dr. Luis Díaz Soto". La Habana, Cuba.

---

#### RESUMEN

**Introducción:** La tuberculosis es una enfermedad que aún se diagnostica en Cuba. Aunque la forma pulmonar predomina, se presentan en ocasiones diversas formas localizadas a otros órganos y tejidos, dentro de ellas la forma ganglionar.

**Caso clínico:** Se presenta una joven de 21 años con fiebre de 15 días de evolución y aumento de volumen no doloroso de los ganglios del cuello y preauricular izquierdo. Luego de tratamiento antibiótico la fiebre desaparece pero las adenopatías persisten. Se hace una primera exéresis ganglionar la cual arroja una adenitis crónica agudizada con abscedación. Se realiza *Mantoux* el cual arroja un resultado de 32 mm. El Rx de tórax y la tomografía axial computadorizada tóraco-abdominal no arrojaron ninguna alteración. Se hace una nueva exéresis ganglionar cuyo estudio anatomopatológico informa la presencia de granulomas caseificados. El estudio microbiológico del tejido arrojó *Mycobacterium tuberculosis*, codificación 8.

**Comentarios:** La tuberculosis ganglionar es la primera forma de tuberculosis extrapulmonar en aquellos países con baja incidencia de esta enfermedad. Es más frecuente en mujeres y en la localización cervical. La cutirreacción de *Mantoux* hiperérgica es orientadora en el diagnóstico, pero se requiere del estudio histológico de un ganglio con la presencia de granulomas caseificados y la demostración del bacilo en este tejido. Se presenta este caso para recordar que esta entidad debe ser tenida en cuenta en el estudio de todo síndrome adénico febril y que es necesario que en el estudio histológico de toda exéresis ganglionar deben realizarse las técnicas necesarias para llegar a este diagnóstico.

**Palabras clave:** tuberculosis; tuberculosis ganglionar; adenitis tuberculosa.

## ABSTRACT

**Introduction:** Tuberculosis continues to be a disease diagnosed in Cuba. Although the pulmonary form continues to predominate, several localized forms are sometimes presented to other organs and tissues, including the ganglionic form.

**Clinical case:** A 21-year-old girl presented with a fever of 15 days of evolution and a non-painful volume increase of the neck and left preauricular lymph nodes. After antibiotic treatment the fever disappears but the adenopathies persist. A first lymph node excision is performed, which results in acute chronic adenitis with abscess. Mantoux is performed with a result of 32 mm. The chest X-ray and the thoraco-abdominal CT scan did not show any alteration. A new lymph node excision is performed, whose anatomopathological study reports the presence of caseified granulomas. The microbiological study of the tissue resulted tuberculous *Mycobacterium*, coding 8.

**Comments:** Lymph node tuberculosis is the first form of extrapulmonary tuberculosis in those countries with low incidence of this disease. It is more frequent in women and in the cervical location. The hyperergic Mantoux is a guide in the diagnosis, but the histological study of a ganglion with the presence of caseified granulomas and the demonstration of the bacillus in this tissue is required. This case is presented to remember that this entity must be taken into account in the study of any febrile adenitic syndrome and that it is necessary that in the histological study of any lymph node excision the necessary techniques must be performed to reach this diagnosis.

**Keywords:** Tuberculosis; ganglionic tuberculosis; tuberculous adenitis.

---

## INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) es una enfermedad de diagnóstico no infrecuente en Cuba. Según la última versión del Anuario Estadístico,<sup>1</sup> en 2016 se diagnosticaron 638 casos nuevos y 51 recaídas, para un total de 689 y una tasa por 100 000 habitantes de 6,1. La forma pulmonar constituyó la forma clínica por excelencia, con un 89,3 %. No debe dejar de pensarse en formas extrapulmonares ante un paciente con fiebre prolongada sin sintomatología respiratoria. El presente caso es un ejemplo que avala esta recomendación, de ahí que se presente para llamar la atención sobre esta forma de presentación.

## CASO CLÍNICO

Se trata de una joven de 21 años, con antecedentes de salud. Ingresa por primera vez el 30/4/17 porque 15 días previos a esa fecha comienza a notar aumento de volumen en la región lateral derecha del cuello, que se acompañó de fiebre diaria de hasta 38°C, en horario vespertino y ligera toma del estado general. Al examen físico solo llamaba la atención, mucosas ligeramente hipocoloreadas y varias adenopatías de alrededor de 1 cm, elásticas, movibles, no dolorosas en ambas regiones laterales del cuello y otra de iguales características en región preauricular izquierda.

Los complementarios iniciales mostraban una hemoglobina en 111 g/L y eritrosedimentación en 74 mm/hora. El resto de los estudios hematológicos y hemoquímicos fueron normales. Las serologías VDRL y VIH fueron negativas, al igual que el Rx de tórax. En el ultrasonido (US) informó múltiples adenopatías, la mayor de 11 mm, hipoeoicas sin centro ecogénico en ambas regiones laterales del cuello, de aspecto inflamatorio. No adenopatías axilares ni inguinales. No esplenomegalia. Resto del barrido abdominal normal.

Debido al cuadro febril y a las características clínicas y ultrasonográficas de las adenopatías, se decide iniciar tratamiento antibiótico (ceftriaxona y amikacina). La paciente evoluciona favorablemente, desaparece la fiebre y mejora el estado general. Las adenopatías persisten.

Los complementarios evolutivos mostraron disminución de la eritrosedimentación a 46 mm/h y en el leucograma, 11 % de monocitos (normal hasta 12 %).

Es egresada el 10/5/17. Se ve en consulta el 6/6/17 y persisten las adenopatías con iguales características y la preauricular incluso está ligeramente mayor. Se indica exéresis ganglionar. Se recibe el resultado de anatomía patológica con el diagnóstico de "adenitis crónica agudizada con abscedación".

Se reingresa el 14/8/17. Al ingreso refiere haber presentado fiebre intermitente de hasta 38,5°C. Buen estado general, buen apetito, no ha perdido peso. Las mucosas están ligeramente hipocoloreadas. Se palpan adenopatías múltiples, en paquetes, en ambas regiones laterales del cuello, que en el lado izquierdo llegan a la fosa supraclavicular. Existe una preauricular izquierda. Todas son elásticas, no dolorosas, movibles, con diámetros alrededor de 1 a 3 cm ([Fig. 1](#)).



**Fig. 1.** Se observa adenopatía por debajo del ángulo mandibular izquierdo.

En los complementarios se observa que la hemoglobina ha descendido a 98 g/L, la eritrosedimentación se elevó a 84 mm/hora y en el leucograma los monocitos se encuentran en 12 %. Una tomografía axial computarizada tóraco-abdominal solo arrojó una litiasis de 3 mm en grupo calicial superior del riñón derecho.

Se inicia tratamiento con cefotaxima. El 18/8/17 es valorada por otorrinolaringología (ORL), se observa solamente tejido de aspecto linfoide en nasofaringe (adenoide) y se indican gotas nasales de efedrina. Ese propio día se realiza prueba de *Mantoux* la cual es leída el 21/8/17 con resultado de 32 mm (hiperérgica). Ante este resultado se coordina con anatomía patológica la posibilidad de hacer nuevos cortes del ganglio extraído con vistas a precisar el diagnóstico de tuberculosis. Luego de reanalizar el ganglio, los patólogos, aunque ven alteraciones sugestivas de este diagnóstico no pueden ser concluyentes y persisten en el diagnóstico anterior. Por tanto no existe otra alternativa que realizar una nueva exéresis ganglionar a la cual la paciente accede.

El 5/9/17 se realiza la nueva exéresis y se obtienen dos ganglios, uno es llevado al departamento de anatomía patológica y el otro al hospital neumológico para análisis microbiológico. El resultado anatomopatológico arrojó granulomas caseificados y el microbiológico la presencia de *Mycobacterium tuberculosis*, codificación.8 Se concluye el caso como una tuberculosis ganglionar.

## COMENTARIOS

Aunque la TB ha disminuido su incidencia en los últimos años, la proporción de formas extrapulmonares se ha incrementado.<sup>2,3</sup> Dentro de estas, la forma ganglionar parece ser la más frecuente en los países con baja incidencia de TB, sin embargo la forma pleural predomina en aquellos con alta incidencia.<sup>4</sup> De 9945 casos diagnosticados de tuberculosis en los EE.UU. en 2012, 846 (8,5 %) eran TB ganglionar.<sup>5</sup> Varios estudios coinciden, como en este caso, en el predominio en mujeres (55,7 %) y en la localización cervical (59,8 %).<sup>2,6,7</sup>

En un estudio epidemiológico reciente<sup>2</sup> se señala que en el 22,8 % de los 122 casos diagnosticados de TB ganglionar, no se emplearon técnicas microbiológicas en las muestras obtenidas por biopsia, probablemente por la falta de sospecha clínica de TB y mayor preocupación por posibles entidades oncohematológicas. Los autores concluyen que este hallazgo señala la importancia de aplicar técnicas microbiológicas a todas las muestras obtenidas en el estudio de un síndrome adénico. Este caso viene a reafirmar tal conclusión.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con otras linfadenitis granulomatosas tales como las mycobacterias no tuberculosas (*M. avium*, *scrofulaceum* y *haemophilum*), sarcoidosis, toxoplasmosis, enfermedad por arañazo de gato y neoplasias.<sup>8</sup> Incluso las mycobacterias no tuberculosas pueden producir respuesta positiva a la tuberculina, aunque no de forma hiperérgica como en este caso.

La patogenia de la toma ganglionar cervical sin afectación pulmonar parece explicarse a partir de extensión por vías alternativas como las amígdalas o las adenoides.<sup>9</sup> En esta paciente se detectó por ORL un aumento de volumen de las adenoides, lo cual posiblemente respalde esta explicación patogénica.

Los síntomas descritos corresponden a los habitualmente señalados, es decir fiebre vespertina de bajo grado y ligera toma del estado general.<sup>10</sup> La eritrosedimentación acelerada traduce el proceso inflamatorio existente.<sup>11</sup>

Aunque en los últimos años se han empleado técnicas de amplificación de ácidos nucleicos por reacción de cadena de polimerasa (ej. Xpert MTB-RIF/12), el estudio

histopatológico del ganglio constituye el método diagnóstico más confiable. Se observan células gigantes de *Langerhans*, necrosis caseosa, inflamación granulomatosa y calcificaciones. La tinción de *Ziehl-Neelsen* permite observar la presencia del bacilo, tanto en la biopsia como en la citología por aspiración.<sup>13</sup>

Se presenta este caso porque permite alertar sobre algunos aspectos. En primer lugar que esta entidad continúa vigente en Cuba y por lo tanto, la prueba de *Mantoux* y el estudio microbiológico de toda adenopatía, debe formar parte del algoritmo diagnóstico de un síndrome adénico febril. Además, siempre debe existir una estrecha colaboración entre clínicos, microbiólogos y patólogos que permita estar alerta sobre esta posibilidad diagnóstica. En la segunda exéresis ganglionar de este caso se logró arribar al diagnóstico certero cuando se cumplió con este axioma.

### Conflictos de intereses

Los autores declaran que no presentan conflictos de intereses.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cuba. Ministerio de Salud Pública; Dirección de registros médicos y estadísticas de salud. Anuario Estadístico de Salud. La Habana: MINSAP; 2016 [citado 12 ago 2017]. Disponible en: [http://files.sld.cu/dne/files/2016/04/Anuario\\_2015\\_electronico-1.pdf](http://files.sld.cu/dne/files/2016/04/Anuario_2015_electronico-1.pdf)
2. Salvador F, Los-Arcos I, Sánchez-Montalvá A, Tortola T, Curran A, Villar A, Saborit N, et al. Epidemiology and Diagnosis of Tuberculous Lymphadenitis in a Tuberculosis Low-Burden Country. *Medicine (Baltimore)*. Jan 2015;94(4):e509. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4602977/>
3. Sandgren A, Hollo V, van der Werf M J. Extrapulmonary tuberculosis in the European Union and European Economic Area, 2002 to 2011 . *Euro Surveill*. 2013;18(12):pii=20431. Available from: <https://doi.org/10.2807/ese.18.12.20431-en>
4. Tatar D, Senol G, Alptekin S, Gunes E. Assessment of lymph node tuberculosis in two provinces in Turkey. *Jpn J Infect Dis*. 2011;64:316-21.
5. CDC. Reported tuberculosis in the United States, 2013. [Internet]. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, CDC; 2014 [cited 2017 jul 10]. Available from: <https://www.cdc.gov/tb/statistics/reports/2013/pdf/report2013.pdf>
6. Fontanilla JM, Barnes A, Fordham von Reyn C. Current diagnosis and management of peripheral tuberculous lymphadenitis. *Clin Infect Dis* 2011; 53:555-62.
7. Tabakan MS, Pullukçu H, Sipahi OR, Ikgöz Tabakan M, Ozkören Çalık S, Yamazhan T. Evaluation of 694 tuberculous lymphadenitis cases reported from

Turkey between 1997-2009 period by pooled analysis method. Mikrobiyol Bul. 2010;44:385-93.

8. Asano S. Granulomatous lymphadenitis. J Clin Exp Hematop. 2012;52:1-16.

9. Deveci HS, Kule M, Kule ZA, Habesoglu TE. Diagnostic challenge in cervical tuberculous lymphadenitis: A review. North Clin Istanbul. 2016;3(2):150-55. doi:10.14744/nci.2016.20982. PMID: PMC5206468.

10. Handa U, Mundi I, Mohan S. Nodal tuberculosis revisited: a review. J Infect Dev Ctries. 2012;6:6-12.

11. Yoon HJ, Song YG, Park WI, Choi JP, Chang KH, Kim JM. Clinical manifestations and diagnosis of extrapulmonary tuberculosis. Yonsei Med J. 2004;45:453-61.

12. Penz E, Boffa J, Roberts DJ, Fisher D, Cooper R, Ronksley PE, James MT. Diagnostic accuracy of the Xpert® MTB/RIF assay for extra-pulmonary tuberculosis: a meta-analysis. Int J Tuberc Lung Dis. 2015 Mar;19(3):278-84.

13. Tadesse M, Abebe G, Abdissa K, Bekele A, Bezabih M, Apers L, et al. Concentration of lymph node aspirate improves the sensitivity of acid fast smear microscopy for the diagnosis of tuberculous lymphadenitis in Jimma, southwest Ethiopia. PLoS One. 2014;9:106726.

Recibido: 16 de diciembre de 2017.

Aprobado: 19 de enero de 2018.

Ángel Arpa Gámez . Hospital Militar Central Dr. Luís Díaz Soto, Habana del Este, La Habana, Cuba. Correo electrónico: [angel.arpa@infomed.sld.cu](mailto:angel.arpa@infomed.sld.cu)