

CIENCIAS CLÍNICAS Y PATOLÓGICAS

Escrófula, forma frecuente de tuberculosis extrapulmonar. Presentación de un caso
Scrofula, a frequent form of extrapulmonary tuberculosis. Case presentation

María Elena Palma López

Especialista Segundo Grado de Medicina Interna. Investigador agregado. Profesora Auxiliar de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Hospital General Docente "Dr. Enrique Cabrera Cossio", La Habana, Cuba. palmamaria@infomed.sld.cu

Cómo citar este artículo:

Palma Lopez ME. Escrófula, forma frecuente de tuberculosis extrapulmonar. Presentación de un caso. Revista Habanera de Ciencias Médicas [revista en Internet]. 2017 [consultado];16(3):[387-394]. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1274>

Recibido: 5 de septiembre de 2016.**Aprobado: 9 de mayo de 2017.****AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos a la Dra. Rosario Angélica Béjar Domínguez, médico graduada en la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM), quien labora como Médico General en Perú, por su valiosa ayuda en la atención y estudio del paciente presentado.

RESUMEN

Introducción: Las formas de presentación de la tuberculosis (Tb) incluyen: la tuberculosis pulmonar, la miliar y la extrapulmonar. Fuera del pulmón, los sitios donde con mayor frecuencia se localiza la tuberculosis son, por orden de frecuencia: ganglios linfáticos, pleura, aparato genitourinario, huesos y articulaciones, meninges, peritoneo y pericardio.

Objetivo: Presentar un caso interesante en la clínica de Tuberculosis extrapulmonar y Tuberculosis pulmonar.

Presentación del caso: Paciente masculino de 65 años de edad, alcohólico crónico y fumador,

empezó a presentar un aumento de volumen en la región lateral derecha del cuello que fue creciendo progresivamente; además de tos húmeda con expectoración blanquecina, disfagia a los alimentos sólidos, astenia, anorexia y pérdida de peso. Al examen físico se evidencian múltiples adenopatías cervicales supurativas, la mayor de 6cm y estertores crepitantes en tercio superior de hemitórax derecho. La prueba de Mantoux fue positiva y la radiografía de tórax sugestiva de TB pulmonar. El paciente fue egresado por alta a petición con tratamiento antituberculoso y antibiótico ambulatorio, los

cuales fueron abandonados por parte del paciente. Es ingresado en segunda ocasión en el Servicio de Geriátrica por ulceración de la lesión mayor del cuello donde fallece al tercer día por una sepsis generalizada.

Conclusiones: La tuberculosis de los ganglios linfáticos es la presentación más común de la tuberculosis extrapulmonar. Esta enfermedad

ABSTRACT

Introduction: The forms of presentation of the tuberculosis (Tb) include: the pulmonary, miliaria and extrapulmonary tuberculosis. Outside of the lung, the where places with major frequency localizes tuberculosis are, by order of frequency: lymphatic ganglions, pleura, genitourinary system, bones and joints, meninges, peritoneum and pericardium.

Objective: To present an interesting case in the clinic of extrapulmonary Tb and lung Tb.

Case presentation: Masculine 65-years patient of age, chronic alcoholic and smoker. That began to present an increase of volume in the lateral right region of the neck that went growing progressively; besides humid cough with whitish expectoration, dysphagia to the solid foods, asthenia, anorexia and loss of weight. The physical examination made evident multiple cervical suppurative adenopathias, the major of 6cm and crepitating rasps at the superior third

INTRODUCCIÓN

Se estima que el bacilo de la tuberculosis tiene una antigüedad de más de 3 millones de años; por tanto, es muy probable que la tuberculosis sea la enfermedad infecciosa más antigua de la humanidad; Hipócrates describió (400 AC) una enfermedad que se piensa haya sido la

ataca principalmente a personas inmunodeprimidas y en el caso presentado el paciente tenía factores que podrían haber deprimido su sistema inmune como la edad, el alcoholismo crónico y el tabaquismo.

Palabras clave: Tuberculosis pulmonar, tuberculosis extrapulmonar, Mantoux, escrófula.

of the right hemi-thorax. The Mantoux proof was positive and the thorax X-ray suggested a pulmonary TB. The patient was discharged with a treatment against tuberculosis and ambulatory antibiotic, which were abandoned by the patient. He was entered in second occasion in the service of geriatrics for ulceration of the major injury of the neck and dies at the third day for a generalized sepsis.

Conclusions: The tuberculosis of the lymphatic ganglions is the more common presentation of the extrapulmonary tuberculosis. Illness attacks principally to the persons with low defenses and in the presented case the patient had factors that could have depressed his immune system as the age, the chronic alcoholism and the smoking.

Keywords: Pulmonary tuberculosis, extrapulmonary tuberculosis, mantoux, scrofula.

tuberculosis y todavía constituye un importante problema de salud pública.¹

La escrófula, una forma de tuberculosis extrapulmonar, tiene también una historia larga y además una asociación con la realeza, fue llamada "La maldición del Rey" porque hasta el

siglo XVIII se creía que para que el enfermo sea curado, tenía que ser tocado por el Rey.²

La tuberculosis extrapulmonar (TBE) es menos frecuente que la pulmonar y constituye entre 15 y 20% de los casos de tuberculosis en pacientes inmunocompetentes.²⁻⁴ En la actualidad, existe una frecuente asociación entre la TBE y el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), por lo que se requieren nuevas estrategias para reducir la morbilidad y mortalidad por esta coinfección.⁴

OBJETIVO

Presentar un caso interesante en la clínica de tuberculosis extrapulmonar y tuberculosis

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de la raza blanca de 65 años de edad, de ocupación mecánico, casado.

Motivo de ingreso: Aumento de volumen de la región lateral derecha del cuello. Historia de la enfermedad actual: Paciente masculino de 65 años de edad, alcohólico crónico y fumador. Cinco meses antes de su ingreso empezó a presentar un aumento de volumen en la región lateral derecha del cuello, no doloroso, que fue creciendo progresivamente, para lo cual llevó múltiples tratamientos sin mejoría alguna; por lo que acude al cuerpo de guardia del Servicio de Medicina Interna donde se decide su ingreso para mejor estudio y tratamiento. Anamnesis remota: Antecedentes Patológicos Personales: No refiere.

Antecedentes Patológicos Familiares: padre fallecido (Infarto agudo de miocardio).

Alergia a medicamentos: Penicilina.

Operaciones: Sí (apendicectomía).

Transfusiones: no.

En Cuba, la localización más frecuente es la pleural seguida por la ganglionar, la cual puede verse como una manifestación posprimaria de infección tuberculosa. La tuberculosis ganglionar afecta tanto los ganglios linfáticos superficiales como los profundos, de manera que las cadenas cervicales y mediastínicas suelen ser las más dañadas respectivamente, pero pueden involucrarse los grupos ganglionares de cualquier parte del cuerpo.⁵

pulmonar como enfermedad reemergente y con demora diagnóstica.

Traumatismos: no.

Hábitos tóxicos: Alcoholismo y tabaquismo.

Datos positivos al interrogatorio:

Sistema respiratorio: tos húmeda y expectoración blanquecina.

Sistema digestivo: disfagia a los alimentos sólidos.

Sistema neurológico: cefalea.

Otros: astenia, anorexia, pérdida de peso (30 libras en 4 meses).

Datos positivos al examen físico

Mucosas: normocoloreadas.

Panículo adiposo: Disminuido.

Índice de Masa Corporal: 22

Cuello: aumento de volumen en la región lateral derecha de 6 cm de diámetro, redondeada de superficie irregular, dura, no dolorosa a la palpación, no adheridas a planos profundos, con múltiples orificios de salida de un líquido amarillento; esta lesión se acompaña de otras más pequeñas en esa misma zona en número de

ocho (Figura 1). En el lado izquierdo existe lesión única de 3 cm, retroauricular con las

características antes descritas. (Figura 2).

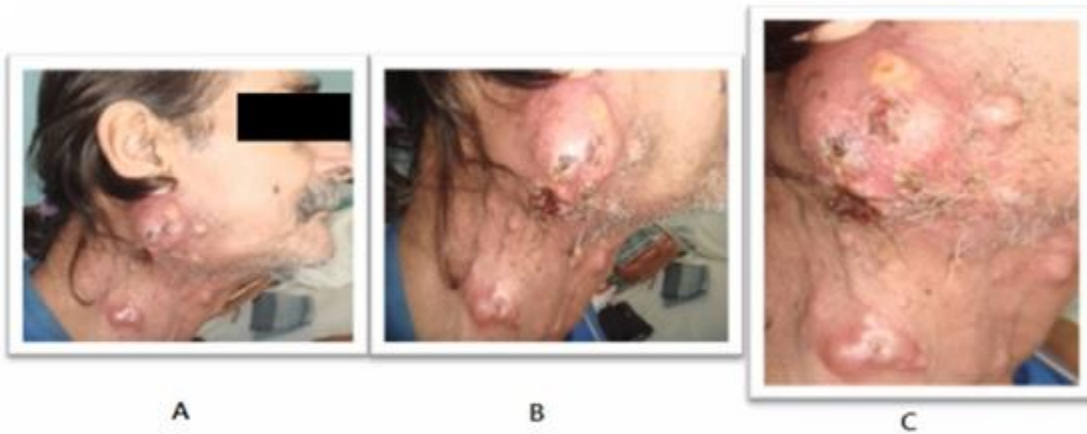


Figura 1: A- Lesiones del paciente en el lado derecho del cuello
B y C- Las mismas lesiones en una vista más cercana

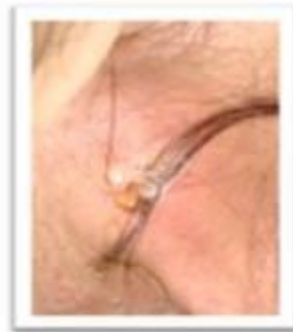


Figura 2. Lesión única de la región izquierda del cuello

Aparato respiratorio: Submatidez y vibraciones vocales disminuidas con murmullo vesicular disminuido en vértice derecho, estertores crepitantes a ese nivel y ronos diseminados en ambos campos pulmonares. Frecuencia respiratoria: 19 respiraciones por minutos.

Planteamientos sindrómicos: Síndrome adénico cervical. Síndrome de condensación inflamatoria. Síndrome obstructivo bronquial. Síndrome constitucional.

Principales exámenes complementarios:

Eritrosedimentación: 31 mm/h, Leucograma: $14.6 \times 10^9/L$

Polimorfonucleares: 080

Linfocitos: 020.

Serología VDRL: No Reactiva.

Espustos BAAR (bacilo ácido alcohol resistente): codificación 0

Mantoux: 15 mm

BAAF de Ganglio cervical: Se obtiene contenido necrótico, con presencia de neutrófilos, linfocitos, células epiteloides y una célula tipo

Langhans.

Se hace técnica de Zielh Neelsen y PAS informa:

Investigar proceso granulomatoso TB.

Estudios microbiológicos

Cultivo de las secreciones directo: no se obtuvo crecimiento bacteriano.

Estudio BAAR: codificación 0.

Rayos X de Tórax digital (Pósterio-anterior):

Imagen heterogénea mal delimitada a nivel del lóbulo superior y vértice del hemitórax derecho con signos de broncograma aéreo y retracción del hilio con fibrosis asociada (¿TB antigua?), pinzamientos pleuropulmonares y pleurodiafragmático con pleuritis residual. Borramiento del seno costofrénico derecho. (Figura 3).



Figura 3. Rayos X de tórax digital (Postero-Anterior)

Ultrasonido del cuello: En región submandibular derecha se observa gran imagen nodular con celularidad marcada, paredes irregulares de 7 x 4 cm.

Tomografía axial computarizada (TAC) simple de cuello: Numerosas adenopatías a nivel del cuello, superficiales y profundas. A ambos lados por detrás de los ángulos mandibulares se observa imagen hipodensa de 45 UH de contornos irregulares. La mayor del lado derecho que contacta con plano muscular y vasos del cuello, mide la derecha 68 x 41mm y la izquierda 37 x 44 mm que pudiera estar en relación con adenopatías en estado de licuefacción por proceso infeccioso ¿TB ganglionar?

El paciente comenzó con tratamiento

antituberculoso y antibiótico, pero pese a los esfuerzos del personal de salud para que se mantuviera ingresado, pidió su alta, por lo que egresó del servicio con tratamiento ambulatorio y seguimiento, los cuales fueron abandonados por parte del paciente. Posteriormente, regresa al hospital y es ingresado por segunda vez por presentar una úlcera de gran tamaño en la región lateral derecha del cuello con presencia de necrosis y con afectación de estructuras profundas que incluían grandes vasos, además con signos de infección, estuvo ingresado durante 3 días en el Servicio de Geriátría con tratamiento antituberculoso y antibiótico, al tercer día hubo un agravamiento de su cuadro clínico con gran toma del estado general, hipertermia de 38oC, taquicardia, hipotensión

arterial, incremento progresivo de la frecuencia respiratoria, tendencia progresiva al shock, tos húmeda con movilización de abundantes secreciones, estado de confusión mental y fallece en la unidad de terapia intensiva (UTI) donde había sido trasladado previamente con el

DISCUSIÓN

Las formas extrapulmonares de la tuberculosis tienen varios mecanismos de producción: extensión por contigüidad, diseminación hematogena y linfática (escrófula) o diseminación por el tracto gastrointestinal.⁶

La tuberculosis de los ganglios linfáticos (linfadenitis tuberculosa) es la presentación más común de la tuberculosis extrapulmonar.⁶ En Cuba, es la segunda en frecuencia, particularmente en pacientes infectados con VIH.⁴ La linfadenitis tuberculosa, que en la actualidad es producida con mayor frecuencia por *M. tuberculosis*, alguna vez fue causada esencialmente por *M. bovis*. La infección se extiende desde el foco inicial en el pulmón hasta los ganglios hiliares y si el inóculo no es demasiado grande generalmente no se afectan otros ganglios linfáticos; sin embargo, si no se controla la infección pueden afectarse otros ganglios del mediastino superior; los ganglios de la cadena cervical anterior se pueden afectar desde el área supraclavicular, lo que provoca la linfadenitis tuberculosa en una época posterior.⁶ Este ataque ganglionar tuberculoso tiene como manifestación inicial la hinchazón indolora e irregular de los ganglios linfáticos, con gran frecuencia los cervicales y supraclaviculares (trastorno conocido con el nombre de Escrófula). Al comienzo del proceso los ganglios suelen ser pequeños, pero después pueden inflamarse y

diagnóstico de infección generalizada. Diagnóstico diferencial Adenopatía neoplásica; Nocardiosis; Actinomicosis; Linfoma no Hodgkin; Linfoma de Hodgkin; Mononucleosis infecciosa (por virus Epstein-Barr); Toxoplasmosis.

formar fístulas por donde se expulsa el material caseoso como es el caso de este paciente; además se observa enfermedad pulmonar asociada y la literatura describe que esto ocurre en más de 40% de los casos. Recordemos que se trata de un paciente de la tercera edad con antecedentes de alcoholismo y tabaquismo, determinantes para la supresión de su sistema inmune, que aunque no se halla diagnosticado con VIH, lo hace susceptible de adquirir una forma extrapulmonar de TB, específicamente la Escrófula, que es la más frecuente. Este caso se presentó con adenopatías cervicales supurativas que posteriormente se ulceraron, tos húmeda con expectoración blanquecina, disfagia a los alimentos sólidos, astenia, anorexia y pérdida de peso; estos síntomas generales pueden confundirse con los de otras enfermedades sistémicas de diversa índole (neoplásicas, infecciosas, autoinmunes, etcétera), por lo que no fue fácil llegar a su diagnóstico, ya que el diagnóstico definitivo de la tuberculosis se establece por el cultivo e identificación de *Mycobacterium tuberculosis* a partir de muestras clínicas. No obstante, en el caso de las tuberculosis extrapulmonares no se dispone del aislamiento en muchos casos, debido en unas ocasiones a la dificultad para la obtención de una muestra representativa, y en otras, a que el número de micobacterias puede ser muy

escaso,^{6,7,8} por lo que para poder realizar el diagnóstico de este paciente se tuvieron en cuenta los datos encontrados al interrogatorio (grupo de riesgo por ser alcohólico y fumador) y examen clínico y su corroboración por la prueba de Mantoux positiva (15mm) y la radiografía de tórax sugestiva de TB pulmonar.

El tratamiento no difiere en gran medida del recomendado para la tuberculosis pulmonar, pero el control de la eficacia del mismo no puede basarse en la respuesta microbiológica, y sí en criterios clínicos o radiológicos.⁸ En 2005, se reportaron a la OMS más de cinco millones de nuevos casos de tuberculosis (pulmonar y extrapulmonar); más de 90% de los casos se reportaron en los países pobres. Sin embargo, los casos reportados constituyen solo 60% de la

estimación de casos totales. La OMS estimó en 2011 una incidencia de 8,3-9 millones de casos a nivel mundial y se cree que uno de cada 3 individuos en el mundo está infectado con *Mycobacterium tuberculosis* (*M. Tuberculosis*) o corre el riesgo de desarrollar la enfermedad.⁹ En Cuba, se incrementó la tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar de 5,9 en 2009 a 7,0 en 2010 y 5,2 en 2015 por cada 100 mil habitantes y de ellos, 0,9 en 2010 y 0,6 en 2015 y 2016 fueron la tasa de incidencia de tuberculosis extrapulmonar.

Las tasas de mortalidad son bajas. En 2010, la tasa de mortalidad de la tuberculosis fue de 0,4 por cada 100 mil habitantes, y 0,3 por 100.00 habitantes en 2015 y 0,3 en 2016.^{10,11}

CONCLUSIONES

La tuberculosis de los ganglios linfáticos es la presentación más común de la tuberculosis extrapulmonar. En Cuba, es la segunda en frecuencia precedida por la presentación pleural. Esta enfermedad ataca principalmente a personas inmunodeprimidas y en el caso presentado, el paciente tenía factores que podrían haber deprimido su sistema inmune

como la edad, el alcoholismo crónico y el tabaquismo; tenía formas clínicas combinadas de tuberculosis pulmonar y extrapulmonar y se presentan imágenes muy ilustrativas de una escrófula poco frecuente en nuestro país en los últimos años. Caso clínico con demora diagnóstica y evolución desfavorable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ruiz J, González J, Domínguez JA, Martínez JA, Caylá JA. Tuberculosis y otras infecciones causadas por micobacterias no tuberculosas. En: Farreras Rozman. Tratado de Medicina Interna. España: 17 ed. 2012 (1):2070-73.
2. Parra JC. Breve historia de la Tuberculosis. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. [Internet]. 2013 Consultado:12 de agosto 2016. 70(605):145-70. Disponible en: <http://www.clinicalkey.es>

3. Marcos Sánchez FA, Blanco Jarava M, Yzusqui Mendoza A, Vizueté C, Magallanes Gamboa JO. Actualización Tuberculosis. Medicine. 2014; 11(52):3054-62.
4. García E, Yera D, Valdés S, Hernández M, Rivas R. Comportamiento de la tuberculosis extrapulmonar en el Hospital Neumológico "Benéfico Jurídico" durante el quinquenio 1999-2003 Rev cubana med trop.[Internet]. 2006 Consultado: 2017-04-30.58 (3):190-3. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602006000300003

5. López González J, Quintero Salcedo S, García Gómez O, Marrero Rodríguez H, López Soria O. Tuberculosis ganglionar en un adulto joven. Medisan.[Internet]. 2011 Consultado: 2017-04-30. 15(9):1-5. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000900016

6. Fontanilla JM, Barnes A, Fordham von Reyn C. Current diagnosis and management of peripheral tuberculous lymphadenitis. Clinical Infectious Diseases. 2011; 53(6):555-62.

7. Chiesa CM, Betances FA, Rivera T, Ossa CC, González MJ, Santidrian C. Tuberculosis de cabeza y cuello: estudio retrospectivo de 6 años. Acta otorrinolaringológica de España. [Internet]. 2016 Ene-Feb Consultado: 2016 Ago 12. 67(1):9-14. Disponible en <http://www.elsevier.es/es-revista-acta-otorrinolaringologica-espanola-102-articulo-tuberculosis-cabeza-cuello-estudio-retrospectivo-S000165191400212X>

8. Martínez Alfaro E, Mateos Rodríguez F, Blanch Sancho JJ, Salinas Botrán A, García Sánchez M. Tuberculosis extrapulmonar. Formas clínicas, Actualización. Medicine. [Internet]. 2010 Consultado: 2016 agosto 12. 10(56):3820-29. Disponible en: <http://www.clinicalkey.es>

9. WHO. Global tuberculosis report: 2012. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2012.

10. MINSAP. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticos de Salud. Anuario Estadístico de Salud N 2010. La Habana. [Internet]. 2011 Consultado: 2016 Ago 12. p.91-103. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/dne/>

11. MINSAP. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticos de Salud. N 2017. Anuario Estadístico de Salud 2016. La Habana. [Internet]. Consultado: 2016 Ago 12. p.91-103 Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/dne>