

Imágenes

Linfadenitis tuberculosa cervical

Cervical tuberculous lymphadenitis

Manuel Linares Rufo^{a,*} y Laura Santos Larrégola^b^a Servicio de Microbiología Clínica, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid, España^b Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud de Buenos Aires, Madrid, España

Varón de 28 años, natural de Colombia, residente en España desde hace 5 años que acude a consulta por presentar tumoración cervical de 7 meses de evolución y crecimiento progresivo a pesar de 2 líneas de tratamiento antibiótico las últimas semanas (amoxicilina-clavulánico y clindamicina). Como antecedente de interés el paciente fue tratado hace años de una sífilis primaria resuelta. Presenta una serología negativa reciente para VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

En la exploración física se observa una tumoración laterocervical izquierda de aproximadamente 4 cm de diámetro mayor, no dolorosa a la palpación, dura, móvil, no adherida a la piel ni a planos profundos (fig. 1A). Además, se aprecia adenopatía submandibular izquierda. No se constató febrícula ni síndrome constitucional ni lesión en cavidad oral, siendo su estado de salud bucodental óptimo. La auscultación cardiopulmonar era normal. No tenía contacto tuberculoso conocido.

Como estudios complementarios se realizaron: test de la tuberculina que presentó un diámetro de induración de 12 mm (la vacuna BCG se incluye dentro del calendario vacunal rutinario infantil en Colombia), radiología de tórax que fue normal, tomografía computarizada (TC) en la que se observó presencia de lesiones nodulares, la mayor de 32 mm (fig. 2), y una punción-aspiración con aguja fina (PAAF) (fig. 1B) para baciloscopia (tinción de Ziehl-Neelsen [ZN] negativa), citología (negativa) y cultivo donde se



Figura 2. Tomografía Computarizada (TC) de la lesión.

objetivó crecimiento del complejo *Mycobacterium tuberculosis* permitiendo establecer el diagnóstico de linfadenitis granulomatosa asociada a infección por micobacterias (linfadenitis tuberculosa).

El paciente recibió tratamiento con fármacos tuberculostáticos: pirazinamida (PRZ) + etambutol (ET) + isoniazida



Figura 1. Evolución clínica de la lesión. A. Primera consulta B. Tras PAAF C. Control a los 6 meses.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: manuelinares@fundacionio.com (M. Linares Rufo).

(ISH) + rifampicina (RF) durante 2 meses, y a continuación ISH + RF hasta completar 6 meses con una excelente respuesta terapéutica (fig. 1C). El estudio de contactos fue negativo.

Discusión

El diagnóstico diferencial de este caso incluye la etiología infecciosa (linfadenitis aguda, adenitis tuberculosa y enfermedad por arañazo de gato) y la neoplásica (carcinoma metastásico, glandular o linfomas).

La infección por *Mycobacterium tuberculosis* constituye una de las infecciones más prevalentes en nuestra área, con un total de nuevos diagnósticos de 4.500 casos en 2018 según datos de la Organización Mundial de la Salud¹.

La linfadenitis cervical es la presentación periférica más frecuente de la tuberculosis, representando casi el 50% de la afectación extrapulmonar². Entre el 80-90% de los casos se da en ausencia de afectación pulmonar. Su hallazgo clínico más frecuente es la aparición de una tumoración cervical indolora, dura, móvil, no adherida a planos profundos y localizada predominantemente en los ganglios linfáticos regionales o en las glándulas salivales mayores³.

Los hallazgos anatomopatológicos más característicos son la presencia de granulomas caseificantes; aunque su ausencia no excluye el diagnóstico. Aunque la especificidad de la técnica de ZN es elevada (80-90%) presenta una baja sensibilidad (solo es positiva en el 20% de los casos)⁴.

El diagnóstico definitivo se obtiene mediante el método clásico: cultivo (solo positivo entre el 10-69%) y con la limitación de que tarda al menos 3-4 semanas⁵. Las técnicas de biología molecular disponibles son más rápidas (menos de 48 h) y, además permiten tipificar el tipo de micobacteria. Sin embargo, no siempre están disponibles y su coste es mayor.

La biopsia de los nódulos linfáticos (eco-guiada o no) permite realizar una orientación diagnóstica precoz siendo un paso esencial

para su manejo. Lo que hace necesario plantear su protocolización desde atención primaria para no demorar el enfoque terapéutico (diferenciar los casos ocasionados por *Mycobacterium tuberculosis* de los no tuberculosos) Se trata de una técnica simple, segura, con pocas complicaciones y coste-efectiva, presentando una especificidad del 93% y una sensibilidad del 77%⁶.

Financiación

No existe patrocinio ni soporte financiero en este caso.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en doi:10.1016/j.appr.2020.100079.

Bibliografía

- 1 Datos reportados de la World Health Organization (WHO). Tuberculosis country profiles 2018 [consultado 5 Oct 2020] Disponible en: https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/?_inputs.&lan=%22ES%22&iso2=%22ES%22&main_tabs=%22est_tab%22.
- 2 Dheda K, Barry CE 3rd, Maartens G. Tuberculosis. Lancet 2016;387:1211–26, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00151-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00151-8). Erratum in: Lancet. 2016;387:1162. Erratum in: Lancet. 2016;387:2092.
- 3 Nalini B, Vinayak S. Tuberculosis in ear, nose, and throat practice: Its presentation and diagnosis. Am J Otolaryngol 2006;27:39–45, <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjoto.2005.07.005>.
- 4 Pynnonen MA, Gillespie MB, Roman B, Rosenfeld RM, Tunkel DE, Bon-tempo L, et al. Clinical Practice Guideline: Evaluation of the Neck Mass in Adults. Otolaryngol Head Neck Surg 2017;157(Suppl 2):S1–30, <http://dx.doi.org/10.1177/0194599817722550>.
- 5 Jamil SM, Oren E, Garrison GW, Srikanth S, Lewinsohn DM, Wilson KC, et al. Diagnosis of Tuberculosis in Adults and Children. Ann Am Thorac Soc 2017;14:275–8, <http://dx.doi.org/10.1513/AnnalsATS>.
- 6 Vaid S, Lee YY, Rawat S, Luthra A, Shah D, Ahuja AT. Tuberculosis in the head and neck—a forgotten differential diagnosis. Clin Radiol 2010;65:73–81, <http://dx.doi.org/10.1016/j.crad.2009.09.004>.