



CARTA CLÍNICA

Sintomatología esofágica como síntoma guía de tuberculosis ganglionar

Esophageal symptoms as a key symptom of lymph nodes tuberculosis

Presentamos el caso de un varón de 33 años, originario de Paraguay, residente en España desde hace 15 años. Trabajador en hostelería. Fumador de 5 paquetes/año. Entre sus antecedentes destacaban hipertensión arterial, obesidad y síndrome apnea/hipoapnea obstructiva del sueño.

Consultó en el Centro de Salud por febrícula, tos con expectoración hemoptoico-purulenta y cefalea occipital de intensidad leve de una semana de evolución, con auscultación cardiopulmonar normal. Se solicitó una radiografía de tórax (no presentándose a la cita), recibiendo tratamiento con amoxicilina-clavulánico. Tres meses antes había acudido al servicio de urgencias hospitalario por episodio de epigastralgia y dolor retroesternal, con radiografía de tórax y electrocardiograma normales.

Seis semanas después del tratamiento antibiótico, el paciente consultó por reflujo gastroesofágico, disfagia y vómitos, con pérdida de unos 5 kg en los últimos 6 meses. Se solicitó analítica general, antígeno de *Helicobacter pylori* en heces y gastroscopia, iniciando tratamiento con omeprazol.

La analítica evidenció anemia microcítica (Hb 11,3 g/dL), trombocitosis (488.000/ml), elevación de PCR (72 mg/dL) y ferritina (355,9 ng/mL), sin otras alteraciones de interés, con estudio negativo para *Helicobacter pylori*. Al referir nuevo episodio de tos, febrícula y expectoración purulenta, se pautó un segundo ciclo de amoxicilina-clavulánico, mejorando en los primeros días.

A las 6 semanas, pendiente de gastroscopia, acudió de nuevo por persistencia de síntomas de tracto digestivo alto, a lo que asociaba tos seca persistente y febrícula intermitente. La auscultación era normal, y se pidieron radiografía de tórax, baciloskopias y cultivo de esputo para micobacterias.

La radiografía de tórax (fig. 1) reveló un ensanchamiento mediastínico por aumento hiliar adenopático y leve derrame pleural izquierdo, por lo que el Servicio de Radiología trazó una tomografía computarizada (TC) de forma preferente.



Figura 1 Radiografía tórax posteroanterior, con aumento hiliar adenopático y derrame pleural izquierdo.

Se planteó entonces el diagnóstico diferencial entre malignidad (linfoma, neoplasia primaria pulmonar o esofágica), causa infecciosa (tuberculosis o micobacterias atípicas) e inflamatoria (sarcoidosis).

Las baciloskopias resultaron negativas, quedando pendientes los cultivos de esputo. Tras reevaluar al paciente se objetivó una adenopatía laterocervical derecha sospechosa, sin adenopatías a otros niveles, y se ampliaron estudios con nueva analítica (serologías para VIH y toxoplasma negativas, IgG positivas para CMV y EBV; enzima conversora de angiotensina, metabolismo de calcio y vitamina D normales) y electrocardiograma normal.

La TC de tórax (fig. 2) mostró adenopatías multicompartimentales mediastínicas, hiliares y en cadenas de hemiabdomen superior, trayecto fistuloso en esófago medio hacia las adenopatías subcarinales y derrame pleural bilateral (mayor izquierdo), planteando considerar enfermedad tumoral linfomatosa/esofágica como primera posibilidad.

Se derivó al hospital de referencia para completar estudios ingresado, obteniendo en las siguientes semanas estos resultados:

- Quantiferon TB positivo. Cultivo en esputo positivo para *Mycobacterium tuberculosis*.

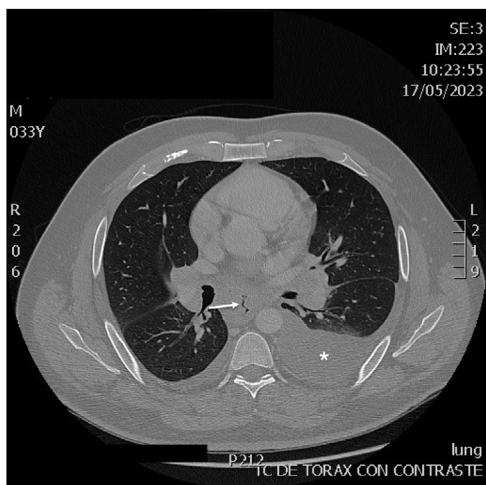


Figura 2 Corte de TAC torácico, donde se aprecia trayecto fistuloso en esófago medio hacia adenopatías subcarinales (flecha blanca) y derrame pleural bilateral (mayor en lado izquierdo, asterisco).

- Anatomía patológica de la adenopatía cervical: inflamación granulomatosa necrotizante, epitelioide y gigantocelular, sin identificar microorganismos patógenos en estudios específicos.
- Líquido pleural: citología negativa para malignidad, cultivo aerobio, anaerobio, baciloscopía y PCR TB negativos.

Con estos resultados, se inició tratamiento con rifampicina, isoniazida y pirazinamida 2 meses (asociando etambutol hasta estudio de sensibilidad), y continuando con rifampicina e isoniazida hasta completar 6 meses con buena evolución.

Se trató finalmente de una tuberculosis pleural y ganglionar complicada con fistula esofágica en un varón inmunocompetente, que había iniciado sintomatología digestiva alta meses antes de la consulta por síntomas respiratorios.

Esta forma de presentación esofágica es infrecuente, y suele ser secundaria a afectación ganglionar mediastínica, siendo las adenopatías subcarinales las que fistulizan con mayor frecuencia¹. La clínica digestiva asociada incluye disfagia, odinofagia y dolor torácico², lo que retrasa la

sospecha diagnóstica hasta la aparición de síntomas respiratorios o generales. El tratamiento en la mayor parte de los casos es médico con tuberculostáticos y no suele requerir tratamiento quirúrgico².

Consideraciones éticas

Se han seguido los protocolos del Servicio de Salud del Principado de Asturias sobre la publicación de datos de pacientes, habiendo recogido del paciente el consentimiento informado de publicación, respetando la privacidad del sujeto. Las intervenciones diagnósticas y terapéuticas son previas al momento de decidir la publicación del caso. El paciente ha sido atendido en todo momento con los recursos del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Financiación

Para este trabajo, los autores no han recibido financiación externa.

Conflictos de intereses

Los autores declaran ausencia de conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Nedkov Gambin M, Vella SM, Vella C, Schembri J. Oesophagomediastinal fistula: a rare complication of tuberculosis. *BMJ Case Rep.* 2021;14:e242907, <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2021-242907>.
2. Salad NM, Ali IA, Mohamed YG. A case report of medically managed esophageal fistula due to complicated esophageal tuberculosis. *Int J Surg Case Rep.* 2022;93:106883, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2022.106883>.

P. Pérez Solís* y B.N. Brizzi

Atención Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Laviada, Área Sanitaria V del Servicio de Salud del Principado de Asturias, Gijón, Asturias, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: papeso@gmail.com (P. Pérez Solís).