

Página del residente

¿Cuál es su diagnóstico?

What would your diagnosis be?

Josué Hernando Vázquez^{a,*}, Pedro M. Villarreal Renedo^b, Verónica Blanco Escudero^c
y Alejandro Pelaz García^a

^aMédico residente, Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España.

^bMédico adjunto, Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España.

^cMédico residente, Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España.

Mujer de 66 años, remitida por el cirujano, que acude a nuestra consulta por presentar varias tumoraciones cervicales de 2 años de evolución y crecimiento progresivo. Como antecedentes de interés la paciente presenta diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales.

En la exploración física se observa la presencia de varias tumoraciones situadas en la región submaxilar izquierda de aproximadamente 2 cm de diámetro mayor, no dolorosas a la palpación, duras, móviles y no adheridas a la piel ni a planos profundos. No se constató ninguna lesión en la cavidad oral, y el estado de salud bucodental de la paciente era óptimo.

Como estudios complementarios se realizó una tomografía computarizada (TC), en la que se observaron las citadas tumoraciones, que daban la impresión de tratarse de adenopatías submaxilares izquierdas (fig. 1). Se realizó también una punción-aspiración con aguja fina (PAAF), en la que se observó una población polimorfa con elementos de pequeño-mediano tamaño y agregados epitelioides sin células multinucleadas ni necrosis, con la sospecha diagnóstica de linfagitis crónica granulomatosa tipo sarcoidea (fig. 2).

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

Bajo anestesia general y a través de una cervicotomía transversa, se procedió a la exéresis quirúrgica de 3 adenopatías submaxilares izquierdas (fig. 3). La biopsia intraoperatoria derivada de ella fue sugestiva de sarcoidosis. Además, se envió material para cultivo microbiológico.

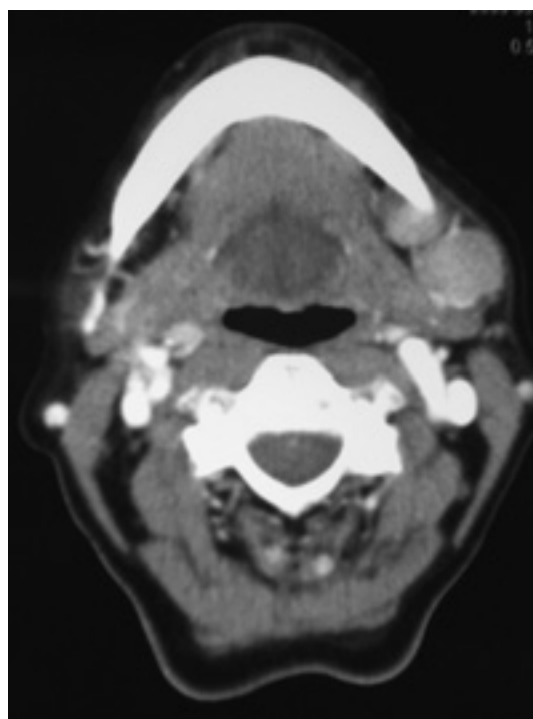


Figura 1 – Tomografía computarizada. Presencia de lesiones nodulares, la mayor de 24 mm, que comprimen la región posterior de la glándula submaxilar izquierda y captan homogéneamente contraste, compatibles con adenopatías reactivas.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Josue.hernando@gmail.com (Josué Hernando Vázquez).

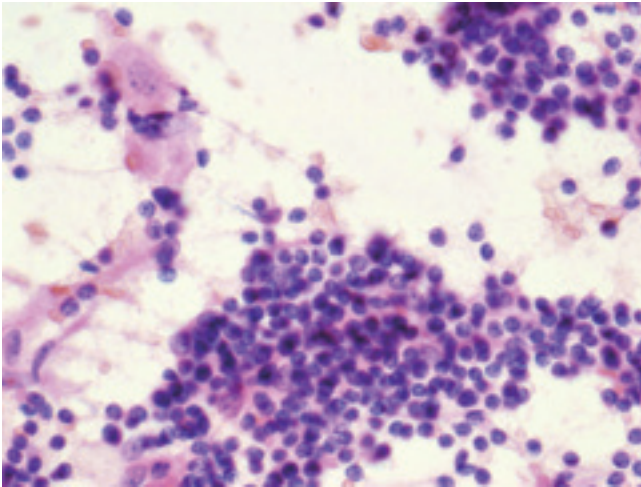


Figura 2 - Punción-aspiración con aguja fina. Abundantes células linfoides entremezcladas con células epitelioides, sin que se observe material necrótico.

El estudio histológico definitivo constató la presencia de granulomas no caseificantes sugestivos de sarcoidosis, sin hallar bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR) en la tinción con Ziehl-Nielsen (ZN) (fig. 4). En el cultivo microbiológico se observó el crecimiento de *Mycobacterium tuberculosis Complex* (MTC).

Con el diagnóstico de tuberculosis (TBC) cervical, la paciente fue remitida al servicio de medicina interna que, tras completar los estudios de extensión correspondientes y sin encontrar enfermedad en otras regiones del organismo, inició el tratamiento con tuberculostáticos.

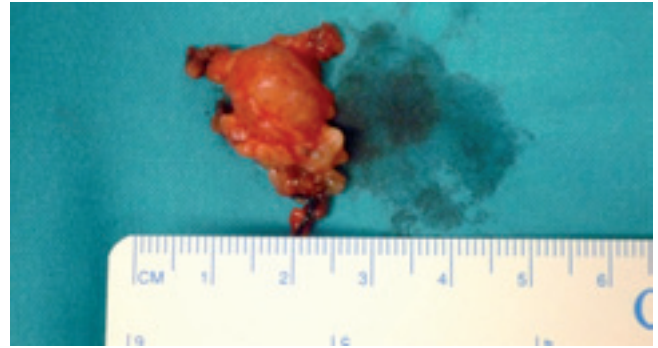


Figura 3 - Imagen intraoperatoria de la pieza quirúrgica.

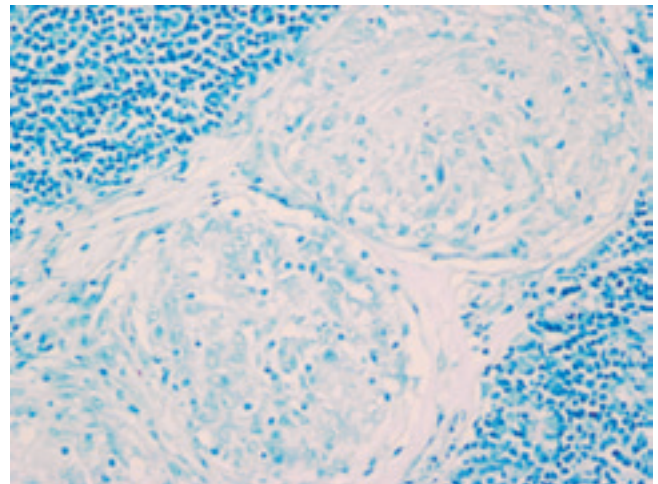
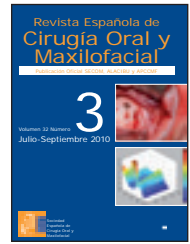


Figura 4 - Tinción de Ziehl-Nielsen. No se demuestra la presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes.



Revista Española de
**Cirugía Oral y
 Maxilofacial**

www.elsevier.es/recom



Página del residente

Linfadenitis cervical tuberculosa

Cervical tuberculous lymphadenitis

Josué Hernando Vázquez^{a,*}, Pedro M. Villarreal Renedo^b, Verónica Blanco Escudero^c
 y Alejandro Pelaz García^a

^aMédico residente, Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España.

^bMédico adjunto, Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España.

^cMédico residente, Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España.

Discusión

La TBC es un problema de salud mundial, con 8 millones de personas infectadas, que se cobra la vida de 3 millones cada año debido a las complicaciones generadas por esta enfermedad¹. El aumento de incidencia de los últimos años se ha achacado a la migración proveniente de los lugares endémicos más importantes, la epidemia del sida, el aumento de pacientes inmunodeprimidos y la emergencia de organismos multirresistentes².

La linfadenitis cervical es la presentación periférica más frecuente de esta enfermedad (casi el 50% de la afectación extrapulmonar)³. La presencia de enfermedad tuberculosa cervical puede darse en ausencia de afectación pulmonar en el 80-90% de los casos².

El 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 submentales y submandibulares, así como en las glándulas salivales mayores⁴. Para no demorar el diagnóstico y el tratamiento, la biopsia de los nódulos linfáticos se convierte en una herramienta importante. La concomitancia de linfadenitis cervical y hallazgos radiológicos pulmonares de TBC se produce en el 20-55% de los casos, según algunos autores¹. Además, algunos han demostrado la coexistencia entre TBC cervical y enfermedad metastásica cervical por carcinoma epidermoide oral.

La exposición previa a la micobacteria TBC se determina con el test de la tuberculina o *purified protein tuberculosis* (PPD)

mediando la induración resultante tras la inoculación de esta partícula. Un diámetro mayor de induración superior a 10 mm se considera positivo en la práctica totalidad de los casos. En induraciones de 5-10 mm debe valorarse la procedencia geográfica del paciente. Ante un paciente con sida, cualquier induración es positiva. La inmunización previa con el bacilo de Calmette-Guérin (BCG) podría significar un falso positivo (FP)⁵.

El hallazgo anatomopatológico más característico es la presencia de granulomas caseificantes. Su ausencia no excluye el diagnóstico, como ocurre con el caso que nos ocupa, puesto que se encuentra únicamente en el 50% de los casos³. El hallazgo de BAAR mediante la técnica de ZN también sugiere la infección. La especificidad de esta prueba es elevada (80-90%), pero presenta dos problemas: es incapaz de distinguir MCT de micobacterias no tuberculosas, por lo que presenta una baja sensibilidad, y además sólo se encuentra BAAR en el 20% de los casos².

El diagnóstico definitivo se obtiene mediante el cultivo y crecimiento de MTC⁵. El método clásico empleado es en medio Löwestein-Jensen, más fiable aunque no exento de limitaciones. Es positivo sólo en el 10-69%⁶, encontramos 3% de cultivos que son falsos positivos (FP) y debemos esperar 6-8 semanas para obtener el resultado del cultivo². La PCR es un método más rápido para obtener el diagnóstico (menos de 48 h) y además nos permite realizar la tipificación del tipo exacto de micobacteria⁷. Los problemas principales de esta técnica son su elevado coste y el hecho de que algunos centros no disponen de ella. Actualmente sólo se realiza para

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Josue.hernando@gmail.com (Josué Hernando Vázquez).

confirmar un diagnóstico de sospecha en aquellos casos donde la premura en el tratamiento es imperativa⁵.

El tratamiento reservado para la TB cervical es la multiterapia con fármacos tuberculostáticos. La pauta actual es: pirazinamida (PRZ) + etambutol (ET) + isoniazida (ISH) + rifampicina (RF) durante 2 meses y a continuación únicamente ISH + RF hasta completar 6 meses. En pacientes inmunodeprimidos o con sida esta pauta se extiende hasta 9 meses. Una mujer embarazada debería ser tratada con RF + ISH + ET durante 9 meses⁸.

Es importante diferenciar los casos ocasionados por MCT de los no tuberculosos por el enfoque terapéutico. La linfadenitis cervical de etiología no tuberculosa es más frecuente en niños. Se caracteriza por tumoraciones indoloras de meses de evolución que pueden terminar por fistulizar, dando lugar a una cicatriz poco estética. La disección cervical se ha propuesto como el tratamiento más efectivo por algunos autores. Sin embargo, el tratamiento antibiótico con rifabutina y claritromicina durante 3 meses se ha mostrado como alternativa en el caso de adenopatías cervicales profundas, evitando las complicaciones asociadas al vaciamiento cervical⁹.

B I B L I O G R A F Í A

1. Wang C, Jin-Yi C, Yuk-Wan C. Tuberculosis of the head and neck: a review of 20 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Rad Endo.* 2009;107:381-6.
2. Al-Serhani A. Mycobacterial infection of the head and neck: presentation and diagnosis. *The Laryngoscope.* 2001;111:2012-6.
3. Ammari F, Ashraf H, Kamal I, Ghariebeh F. Tuberculosis of the lymph glands of the neck: A limited role for surgery. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2003;128:576-80.
4. Papadogeorgakis N, Mylonas AI, Kolomvos N, Angelopoulos AP. Tuberculosis in or near the major salivary glands: report of 3 cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 2006;64:696-700.
5. Yepes J, Sullivan J, Pinto A. Tuberculosis: medical management update. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Rad Endo.* 2004; 98:267-73.
6. Bayazit Y, Bayazit N, Namiduru M. Mycobacterial cervical lymphadenitis. *ORL.* 2004;66:275-80.
7. Williams R, Douglas T. Mycobacterium marches back. *J Laryngol Otol.* 1995;109:5-13.
8. Bothamley G. Management of tuberculosis. *Br J Hosp Med (Lond).* 2008;69:699-704.
9. Harris L, Modayil P, Adam J, Sharland M, Heath P, Planche T, Daya H. Cervicofacial nontuberculous Mycobacterium lymphadenitis in children: Is surgery always necessary? 2009;73:1297-301.