



Caso clínico

Tuberculosis de la glándula parótida



Carlos Miguel Chiesa Estomba*, **Ana Sofía Araujo da Costa**,
Teresa Rivera Schmitz y **María Jesús Gonzalez Cortes**

Servicio de ORL, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 18 de marzo de 2014

Aceptado el 4 de junio de 2014

On-line el 20 de noviembre de 2014

Palabras clave:

Tuberculosis
 Glándula
 Parótida

Keywords:

Tuberculosis
 Gland
 Parotid

R E S U M E N

Hoy en día la tuberculosis es una de las más importantes infecciones reemergentes en el mundo. Hasta un 20% de las formas de presentación son extratorácicas. Sin embargo, la presencia de tuberculosis a nivel parotídeo es infrecuente incluso en países subdesarrollados, donde la incidencia de esta enfermedad es mayor. Presentamos un paciente de 83 años que acude por tumoración en región parotídea de 4 semanas de evolución sin antecedentes personales. La exploración clínica revela una masa en cola de parótida izquierda de aproximadamente 3 × 2 cm, no dolorosa a la palpación y sin evidencia de adenopatías a nivel cervical. Tras el estudio radiológico y punción con aguja fina, no se obtienen datos concluyentes, por lo que se procede a realizar exéresis. Se envía muestra para estudio de PCR, se confirma diagnóstico de tuberculosis parotídea. Tras recibir quimioterapia antituberculosa complementaria, el paciente es dado de alta por remisión de la enfermedad.

© 2014 SECOM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Tuberculosis of parotid gland

A B S T R A C T

Tuberculosis is currently one of the most important re-emerging infections worldwide. Up to 20% of cases are extra-thoracic. However, the presence of parotid tuberculosis is uncommon even in developing countries where the incidence of this disease is higher. The case of an 83 year-old patient is presented who had a tumour in the parotid region of 4 weeks onset, and with no previous personal history. Clinical examination revealed a mass of approximately 3 × 2 cm in the left parotid. It was not painful on palpation and there was no evidence of cervical lymph node involvement. After inconclusive radiological examination and fine needle aspiration, an excision of the lesion was performed, and the specimen sent for a PCR study. This confirmed the diagnosis of parotid tuberculosis, and after receiving additional tuberculosis treatment the patient was discharged due to remission of the disease.

© 2014 SECOM. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: chiesaestomba86@gmail.com (C.M. Chiesa Estomba).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2014.06.003>

1130-0558/© 2014 SECOM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Caso clínico

Paciente de 83 años remitido por tumoración en región parotídea de 4 semanas de evolución que ha ido aumentando progresivamente de tamaño. No tiene antecedentes personales de interés y refiere dolor ocasional a ese nivel. En la exploración se evidencia una masa en cola de parótida izquierda de aproximadamente 3 × 2 cm de diámetro que parece estar adherida a piel y planos profundos, no dolorosa a la palpación y sin evidencia de adenopatías a nivel cervical. No se aprecian asimetrías ni alteraciones de la motilidad facial y ni en la exploración de la cavidad orofaríngea ni en la laringoscopia indirecta se encuentran hallazgos patológicos.

Se realiza punción aspiración con aguja fina (PAAF) de la lesión sin obtener material suficiente, pero con evidencia de atipias. En la tomografía computarizada cervical se aprecia lesión mal delimitada en cola de la parótida izquierda fundamentalmente hipodensa que mide unos 3 cm (fig. 1). El perfil analítico: hemograma, bioquímica y coagulación se encontraban dentro de la normalidad y la radiografía de tórax era anodina.

Nos encontramos así ante un paciente en el que los indicadores clínicos son sugestivos de un tumor maligno y la punción no ha confirmado adecuadamente el diagnóstico, por lo que se decide realizar biopsia y resección tumoral en la misma intervención. Dicha biopsia intraoperatoria descarta malignidad y en el análisis del material remitido destaca un gran componente inflamatorio, por lo que se realiza parotidectomía parcial.

En el estudio anatomopatológico definitivo destaca como hallazgo histológico más importante la presencia de necrosis con reacción histiocitaria granulomatosa y gigantomocelular en pieza de resección (glándula parótida), acompañada de granulomas epitelioideos no necrosantes (fig. 2). Se realiza tinción con la técnica de Gram, PAS y Ziehl-Neelsen donde no se observan microorganismos específicos, por lo que se decide realizar

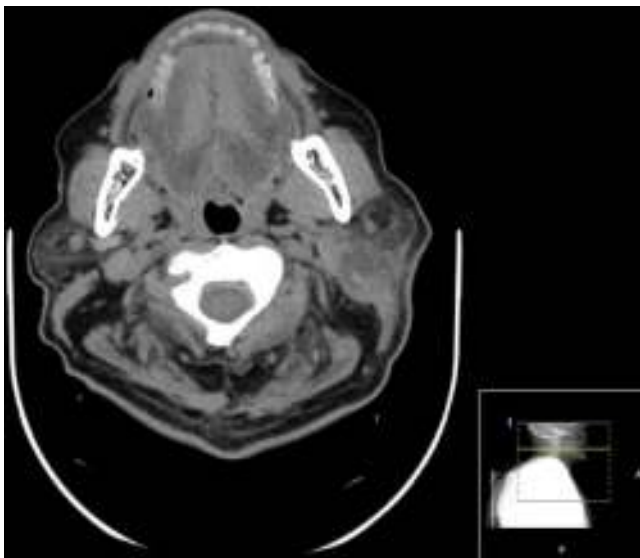


Figura 1 – TC cervical donde se observa lesión mal delimitada en parótida izquierda fundamentalmente hipodensa.

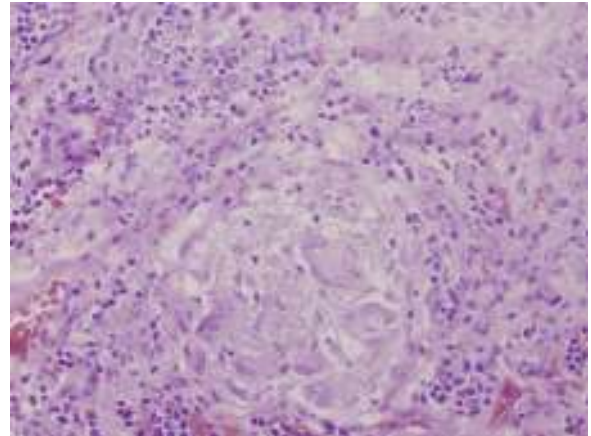


Figura 2 – Corte histológico donde se observa granuloma necrosante en tejido glandular parotídeo. Aumento 796 × 599. Tinción hematoxilina-eosina.

determinación de micobacterias con técnicas de reacción en cadena de la polimerasa (PCR).

Extraído el material genético de la muestra mediante columnas de purificación comerciales, y empleando cebadores específicos para la región multicopia IS6110 altamente conservada y específica de *Mycobacterium tuberculosis*, se realizó la PCR en las modalidades convencional y «anidada». Tras lo cual: se detectó la presencia de material genético de *Mycobacterium tuberculosis*.

Posteriormente se decide remitir al enfermo a la unidad de tratamiento de tuberculosis de nuestro centro para completar evaluación clínica y cumplir tratamiento quimioterápico antituberculoso con 4 fármacos (rifampicina, isoniazida, pirazinamida y etambutol) durante 2 meses y luego con rifampicina más isoniazida otros 4 meses. Sin evidenciar recidiva de la enfermedad ni otras complicaciones.

Discusión

Hoy en día la tuberculosis es una de las más importantes infecciones reemergentes en el mundo¹. Actualmente las migraciones a nivel mundial, el aumento de los tratamientos inmunosupresores, las infecciones por el VIH, entre otros, son factores que predisponen al aumento de la infección tuberculosa.

A pesar de ser el pulmón el órgano más afectado, hasta un 20% de las formas de presentación son extratorácicas². Sin embargo la presencia de tuberculosis a nivel parotídeo es infrecuente incluso en países subdesarrollados, donde la incidencia de esta enfermedad es aún mayor.

El primer caso de tuberculosis parotídea reportado en la literatura fue descrito por de Paoli en 1893³. En cuanto a la forma de contagio a nivel parotídeo se han descrito diversas hipótesis, como la diseminación hematogena o linfática desde un foco pulmonar, infección por contigüidad desde focos presentes a nivel amigdalino o dentario a través del conducto de Stenon, o secundario a un fenómeno de autoinoculación por drenaje linfático o crecimiento ganglionar periférico^{4,5}.

Sin embargo, en otros casos no ha sido posible encontrar un foco primario de diseminación, es en este momento cuando se habla de tuberculosis parotídea primaria⁶.

El diagnóstico de la tuberculosis parotídea es un reto incluso para el clínico más experimentado. Actualmente se considera que la punción aspiración con aguja fina puede ser de gran ayuda, ya que a partir del material aspirado se pueden realizar estudios citológicos y microbiológicos que permiten excluir la presencia de lesiones malignas o de etiología infecciosa con un 80% de sensibilidad y hasta un 93% de especificidad en el diagnóstico de adenopatías tuberculosas^{7,8}, y presenta la ventaja de que, de ser sugestivo o positivo el diagnóstico citológico, podríamos tratar al paciente con quimioterapia antituberculosa y evitar así la cirugía. Sin embargo, en un 5-15% de las veces presenta resultados falsos positivos, como en nuestro caso.

Los estudios de imagen (ecografía, TAC, RMN) no son diagnósticos. Esto es debido a que desde el punto de vista radiológico es difícil diferenciar este proceso de un fenómeno inflamatorio, infeccioso u oncológico de la glándula parótida⁹.

El diagnóstico definitivo en caso de no obtener un resultado concluyente mediante PAAF va a requerir confirmación histológica por biopsia¹⁰, ya sea mediante la detección de bacilos con la prueba de Ziehl-Neelsen, el cultivo de micobacterias o, como ha ocurrido en nuestro caso, mediante el uso de PCR, la cual puede tener una sensibilidad entre el 75 y el 90% y una especificidad del 99%.

El diagnóstico de tuberculosis parotídea requiere una alta sospecha clínica. A pesar de ser un cuadro infrecuente, su estrecha similitud con diversos procesos neoplásicos nos va a obligar, ante la presencia de una masa a este nivel, a incluir la tuberculosis en el diagnóstico diferencial.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bagga P, Pandey P, Shahi M, Mittal A, Mehta V, Ganju A. Parotid gland tuberculosis diagnosed on FNAC: A case report. *Cytopathology*. 2010;21:127-9.
2. Hamdan AL, Hadi U, Shabb N. Tuberculous parotitis: A forgotten entity. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2002;126:581-2.
3. Chaudhary S. En: *Color Atlas, Text of the Salivary Glands*, Norman JE, Mc Gurk M, editores. Tuberculosis of the salivary glands. London: Mosby-Wolfe; 1997. p. 337-9.
4. Bhargava S, Watmough DJ, Chisti FA, Sathar SA. Tuberculosis of the parotid gland: Diagnosis by CT. *Br J Radiol*. 1996;69:1181-3.
5. Stanley R, Fernandez JA, Peppard SB. Cervical mycobacterial infections presenting as major salivary gland disease. *Laryngoscope*. 1983;93:1271-5.
6. Ustuner TE, Sensoz O, Kocer U. Primary tuberculosis of the parotid gland. *Plast Reconstr Surg*. 1991;88:884-5.
7. Dandapat MC, Mishra BM, Dash SP, Kar PK. Peripheral lymph node tuberculosis - a review of 80 cases. *Br J Surg*. 1990;77:911-2.
8. Lan SK, Wei WI, Hsu C, Engzell UCG. Efficacy of fine needle aspiration cytology in the diagnosis of tuberculous lymphadenopathy. *J Laryngol Otol*. 1990;104:24-7.
9. Gupta V, Patankar K, Shinde A. *Case Rep Radiol*. 2012;2012:278793.
10. Maynard J. Parotid enlargement. *Hosp Med*. 1967;1:620-4.