

TUBERCULOSIS GANGLIONAR CON AFECTACIÓN CUTÁNEA (ESCROFULODERMIA) EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE. REPORTE DE UN CASO
GANGLIONAR TUBERCULOSIS WITH SKIN INVOLVEMENT (SCROFULODERMA) IN AN INMUNOCOMPETENT PATIENT. A CASE REPORT

GANGLION GRUŻLICZY W SKÓRZE (SCROFULODERMA) U IMMUNOKOMPETENTNEGO PACJENTA. OPIS PRZYPADKU

Martinez Braga Gabriela, Di Martino Ortiz Beatriz,
Rodriguez Masi Mirtha, Knopfmacher Oilda,
Bolla de Lezcano Lourdes

Cátedra de Dermatología. Hospital de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción. Paraguay. beatrizdimartino@gmail.com

N Dermatol Online. 2011; 2(3): 130-134

Date of submission: 14.02.2011 / acceptance: 21.03.2011

Conflicts of interest: None

Resumen

La tuberculosis (TB) es la infección de mayor prevalencia en el mundo y su frecuencia continua aumentando, siendo en el Paraguay endémica. La enfermedad tuberculosa viene definida por la presencia de síntomas y signos clínicos en función de la localización de la enfermedad. La localización primaria más frecuente es la pulmonar. Sin embargo existen otras localizaciones menos frecuentes como la pleural, pericárdica, ganglionar, miliar, meníngea, osteo-articular, gastrointestinal, renal, pancreática, mamaria, cutánea, ocular y genitourinaria.

Presentamos el caso de un paciente de sexo masculino, de 21 años de edad, inmunocompetente con tuberculosis extrapulmonar (ganglionar) con afectación cutánea secundaria (escrofuloderma).

Abstract

Tuberculosis (TB) infection is most prevalent in the world and its frequency continues to increase, being endemic in Paraguay. TB disease is defined by the presence of clinical symptoms and signs depending on the location of the disease. The most common primary site is the lung. But there are other less common locations such as pleural, pericardial, lymph nodes, miliary, meningial, osteoarticular, gastrointestinal, renal, pancreatic, breast, skin, eye and genitourinary tract.

We report the case of a 21 years old male patient, immunocompetent, with extrapulmonary tuberculosis (lymph node) with secondary skin involvement (scrofuloderma).

Streszczenie

Gruźlicze (TB) zakażenie jest najbardziej rozpowszechnione na świecie i jej częstotliwość nadal rośnie; jest chorobą endemiczną w Paragwaju. Zapadalność na gruźlicę jest definiowane przez obecność objawów klinicznych w zależności od lokalizacji choroby. Najczęściej pierwotną lokalizacją są płuca. Ale są też inne, mniej typowe lokalizacje, takie jak opłucna, osierdzie, węzły chłonne, postać prosówkowa, opon mózgowo-rdzeniowych, kostno-stawowa, przewodu pokarmowego, nerek, trzustki, piersi, skóry, oczu i układu moczowo-płciowego.

Opisujemy przypadek 21 letniego pacjenta, immunokompetentnego, z gruźlicą pozapłucną (węzłów chłonnych), z wtórnym zajęciem skóry (scrofuloderma).

Palabras clave: tuberculosis; extrapulmonar; escrofulodermia; inmunocompetente

Key words: extrapulmonary; tuberculosis; scrofuloderma; immunocompetent

Słowa kluczowe: gruźlica; pozapłucna; scrofuloderma; immunokompetencja

Introducción

La tuberculosis extrapulmonar supone el 10 a 20% del total de TB que padecen los pacientes inmunocompetentes aunque esta frecuencia de presentación se incrementa notablemente en las personas portadoras de algún grado de inmunodeficiencia. Los enfermos con TB y VIH severamente inmunodeprimidos pueden presentar localizaciones extrapulmonares hasta en un 60% de los casos [1,2].

Estas formas son habitualmente de peor pronóstico que las formas pulmonares y de más difícil diagnóstico, con clínica insidiosa que puede demorar el diagnóstico hasta años, dado que no se sospechan. La confirmación bacteriológica se consigue sólo en el 60%. Sin embargo la ausencia de aislamiento microbiológico no excluye la TB, sobre todo en casos muy sugestivos y con prueba de tuberculina (PT) positiva (reacción de Mantoux) [3].

Caso clínico

Paciente de sexo masculino de 21 años de edad, que procede de medio urbano, sin patología de base conocida y sin antecedentes familiares de interés.

Consultó por un cuadro de 2 años de evolución de tumoración en región cervical derecha con crecimiento progresivo y con fistulización, drenando material purulento de forma recurrente.

Frotis y cultivos negativos para gérmenes comunes y hongos en varias oportunidades.

Recibió tratamiento el primer año con trimetopim sulfametoxazol y azitromicina por 2 meses luego clindamicina más amikacina sin mejoría.

Seis meses antes de la consulta presenta tumoración de similares características en axila derecha.

El cuadro se acompaña de sensación febril nocturna y pérdida de peso de 5 kg desde el inicio.

En la exploración física se aprecia un paciente consumido. Presenta tumoración eritematosa de límites netos bordes irregulares, adherida a planos profundos de 5 cm. de diámetro en axila derecha y lesiones similares en región cervical derecha de 1,5 cm. (Fig. 1,2,3,4).

Análisis de sangre y orina dentro de parámetros normales excepto una eritrosedimentación de 120 mm en la primera hora (VSG). Serología para HIV, rubéola y citomegalovirus negativa. Baciloscopia seriada de esputo para BAAR negativa.

Biopsia de lesión axilar informa: Ganglio linfático con proceso inflamatorio crónico granulomatoso. Tejido conectivo periganglionar con inflamación crónica granulomatosa. En ambos casos los granulomas son de tipo tuberculoide, centrados por células epitelioides y rodeados de abundante corona linfocitaria periférica. Se observan células gigantes multinucleadas. No se observó caseosis. Coloración de Ziehl Neelsen negativa para BAAR en ambos tejidos (Fig. 5,6).

Radiografía de tórax: ensanchamiento hiliar.

TAC de tórax: formación tumoral sólida bien delimitada en región cervical lateral derecha la cual se proyecta al tórax acompañado de ganglios acentuados de la cadena cervical del mismo lado, hilios pulmonares asimétricos con componente ganglionar bilateral.

Con estos hallazgos y por las características clínicas, se efectúa el diagnóstico de *tuberculosis extrapulmonar*

(ganglionar) con afectación cutánea secundaria (escrofulodermia).

Se inicia tratamiento antibacilar con rifampicina 120 mg, pirazinamida 300 mg, isoniacida 50 mg seis comprimidos al día por 2 meses y luego rifampicina 300 mg, isoniacida 150 mg dos comprimidos al día. Actualmente tras cuatro meses de tratamiento el paciente presenta mejoría importante de las lesiones con cicatrización de la de la región cervical y disminución del tamaño de la lesión en axila (Fig. 7,8).



Figura 1



Figura 2

Comentarios

Si exceptuamos la afectación tuberculosa pleural, la ganglionar es la más frecuente seguida de la urogenital y osteoarticular [2]. El compromiso ganglionar en el contexto de tuberculosis extrapulmonar aislada puede ocurrir en cualquier región de la economía. Los ganglios cervicales son los más afectados, alcanzando hasta el 5% de los casos en pacientes inmunocompetentes [4].



Figura 3



Figura 4

Figuras 1,2,3,4. Clínica. Tumoración eritematosa de límites netos bordes irregulares, adherida a planos profundos de 5 cm. de diámetro en axila derecha y lesiones similares en región cervical derecha de 1,5cm
Figures 1, 2, 3,4. Clinic. Erythematous tumor of in the irregular edges, adhered to deep layers of 5 cm. right axilla and similar lesions in right cervical diameter region of 1.5 cm

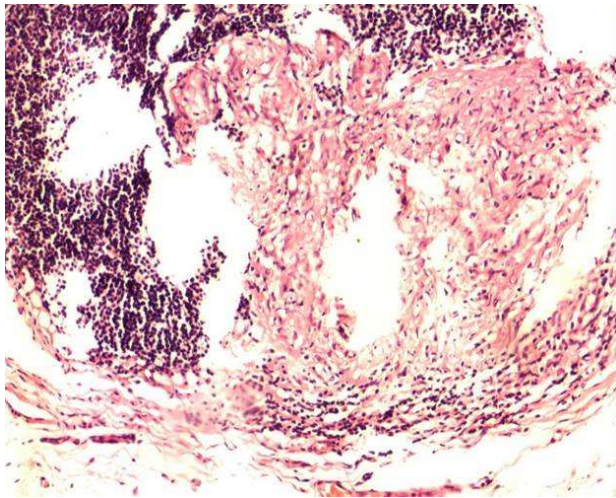


Figura 5. Histopatología ganglio linfático axilar. Linfadenitis granulomatosa
Figure 5. Histopathology. Axillary lymph node with granulomatous lymphadenitis

La presencia de una fístula secundaria a esta patología (escrófula) en un paciente sano como el que presentamos es verdaderamente infrecuente.

Actualmente el 95% de los casos de tuberculosis son producidas por *Mycobacterium tuberculosis* y el 5% restante por *mycobacterias atípicas*, siendo éstas más frecuentes en pacientes inmunocomprometidos y en la infancia [5,6].

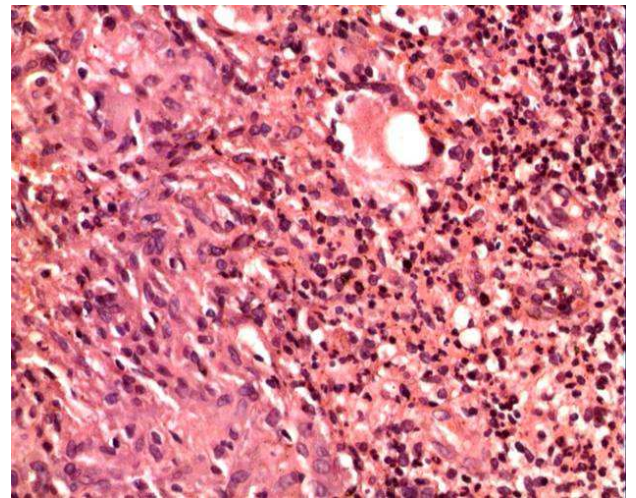


Figura 6. Histopatología tejido conectivo axilar periganglionar y cutáneo. Proceso inflamatorio crónico granulomatoso, con granulomas de tipo tuberculoide con células gigantes multinucleadas
Figure 6. Histopathology. Periganglionar axillary connective tissue and skin.- Granulomatous inflammatory process with tuberculoid granulomas with multinucleated giant cells

La linfadenitis tuberculosa puede afectar todas las razas, siendo más frecuente la blanca. Presenta un ligero predominio en mujeres con una relación 2:1 según los estudios de Dandapat y cols., quienes sugieren que esto podría deberse a un estado nutricional más precoz en la mujer [7].



Figura 7



Figura 8

Figuras 7,8. Evolución clínica. Tras cuatro meses de tratamiento mejoría importante de las lesiones con cicatrización de la de la región cervical y disminución del tamaño de la lesión axilar

Figures 7,8. Clinical Outcome. After four months of treatment significant improvement of lesions with healing and decreased size of the injuries in the cervical and axillary regions

La tasa de mortalidad por tuberculosis en la población general es del 20%; sin embargo no existen estadísticas que nos indiquen la tasa de mortalidad por linfadenitis tuberculosa [4].

La evaluación de un paciente con tuberculosis incluye en una buena historia clínica, exploración física, estudios radiológicos y microbiológicos. En la linfadenitis tuberculosa es imprescindible la exploración física, un estudio epidemiológico y microbiológico, TAC, ecografía, PAAF y/o biopsia [8].

La radiografía de tórax es una prueba básica ya que permite descartar una lesión pulmonar como origen de la

patología ganglionar. Si bien hasta en el 84% de los pacientes no se encuentran cambios radiológicos [8].

La ecografía y la PAAF son las pruebas iniciales de elección para diferenciar una patología benigna de una maligna, con una sensibilidad del 92% y especificidad del 97% [9].

En opinión del Centro de Control de Enfermedades de Atlanta el diagnóstico de certeza se basa en el hallazgo de mycobacterium tuberculosis en cualquier muestra clínica. Sin embargo en los casos donde no es posible obtener la confirmación bacteriológica y se mantiene una fuerte sospecha clínica, la decisión de iniciar el tratamiento se debe basar en la clínica y estudios complementarios como en nuestro caso [10].

La presencia de síntomas sistémicos se presenta en un 34% de los casos e incluyen: pérdida de peso (63%), anemia (34%), malestar general (18%) y fiebre (41%) [11]; la media de duración entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico es de 3 meses, pudiendo transcurrir entre 15 días y 36 meses [8]. El diagnóstico tardío de la patología puede llevar a la formación de abscesos y fístulas en un 22% de los casos, como sucedido en nuestro paciente [12].

El estudio anatomo-patológico de los ganglios afectados muestra múltiples granulomas formados por células epitelioides y células gigantes de Langhans. Los granulomas son confluentes, rodeados de linfocitos y fibroblastos [13].

En el diagnóstico diferencial se incluyen: patologías congénitas como linfangioma, hemangioma, quistes dermoides; patologías infecciosas bacterianas, virales, actinomicosis, tularemia, brucelosis, espiroquetas; procesos neoplásicos [4,5]. En el estudio de Morad y cols. sobre 212 pacientes diagnosticados de linfadenitis, el 45,3% tenía origen tuberculoso; 30,2% hiperplasia reactiva; 5,7% patología metastásica y 4,2% misceláneas [14].

El tratamiento de la linfadenitis primaria de origen tuberculoso es fundamentalmente médico con tratamiento antibacilar de 6 meses, con rifampicina, isoniacida, pirazinamida por 2 meses seguido de 4 meses con rifampicina e isoniacida [15]. Con esta terapia, a los 3 y 6 meses de tratamiento, el 40% y 82% de los nódulos reducen su tamaño a menos de 5 mm respectivamente. Los abscesos y senos mejoran tras el cuarto mes de tratamiento [8].

En algunos casos puede estar indicado el tratamiento quirúrgico cuando fracasa el tratamiento médico, ante grandes masas, recurrencias y manejo de fístulas [8,9].

BIBLIOGRÁFICAS / REFERENCES

1. Fanlo P, Tiberio G: Tuberculosis extrapulmonar. An. Sist. Sanit. Navar. 2007; 30 (Supl. 2): 143-162.
2. Menta JB, Dutt A, Harvill L, Mathews KM: Epidemiology of extrapulmonary tuberculosis. A comparative analysis with pre-AIDS era. Chest 1991; 99: 1134-1138.
3. Iichaurrga I, Herrejón A, Plaza P, Blanquer Olivas R: Tuberculosis miliar, ganglionar, pancreática y costal. Presentación clínica y revisión bibliográfica. An Med Interna 2001; 18: 483-485.

4. Clearly KR, Batsaki JG: Mycobacterial disease of the head and neck: current perspective. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1995; 104: 830-833.
5. Manolidis S, Frenkiel S, Yoskovitch A: Mycobacterial infections of head and neck. *Otolaryngol head Neck Surg* 1997; 18: 202-205.
6. Ibekwe AO, Shareef Z, Kindy S: Diagnostic problems of tuberculous cervical adenitis (scrofula). *Am J otolaryngol* 1993; 109: 427-433.
7. Dandapat MC, Mishra BM, Dash SP, Kar PK: Peripheral lymph node tuberculosis: a review of 80 cases. *Br J Surg* 1990; 77: 911-912.
8. Jha BC, Dass A, Nagarkar NM, Gupta R, Singhal S: Cervical tuberculous lymphadenopathy: changing clinical pattern and concepts in management. *Postgrad Med J* 2001; 77: 185-187.
9. Cheung WL, Siu KF, Ng A: Tuberculous cervical abscess comparing the result of total excision against simple incision and drainage. *Br J Surg* 1988; 75: 563-564.
10. Center for Diseases Control and Prevention. Case definitions for public health surveillance. *MMWR* 1990; 39(RR-13): 40.
11. Zakirullah MT: Tuberculous cervical lymphadenopathy. *J Postgrad Med Inst* 2001; 15: 151-156.
12. Baatenburg de Jong RJ, Verwoerd CD, Van Overhagen H, Lameris JS, Knecht P: Ultrasound-guided fine-needle aspiration biopsy of neck nodes. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1991; 117: 402-404.
13. Rosai J: Lymph nodes. En: Rosai and Ackerman's surgical pathology. Edinburg. Mosby, 2004: 1877-2018.
14. Morad Na: Tuberculous cervical lymphadenopathy: should antituberculous therapy be preceded by histological proof?. *Trop Doc* 2000; 30: 18-20.
15. Yuen APW, Wong SHW, Tam CM: Prospective randomized study of thrice weekly six-month and nine-month chemotherapy for cervical tuberculous lymphadenopathy. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1997; 116: 189-192.