

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
"DR. AGOSTINHO NETO"
GUANTANAMO

ADENITIS TUBERCULOSA

Dra. Ania Emilia Fernández Moreno¹, Dr. Yoel A. Fernández Moreno², Dr. Felipe Saiz Machado³, Dra. Idalmis Mosqueda Cala.⁴

RESUMEN

Se realiza un estudio que incluye todos los casos de tuberculosis ganglionar en la provincia Guantánamo, en el período comprendido desde el 1ro. de enero de 1997 hasta el 31 de diciembre de 2007, con el objetivo de caracterizarlos según variables clínicas y epidemiológicas de interés. Las edades más afectadas fueron entre los 21 y 50 años. La mayor parte de los casos fueron urbanos. La localización cervical fue la más frecuente constituyendo el 63.2 % del total. No se encontraron antecedentes patológicos que explicaran la aparición de la enfermedad y la fiebre de curso crónico fue el síntoma acompañante más importante. Se concluye que las características estudiadas en estos pacientes no difieren ostensiblemente de los informes previos.

Palabras clave: LINFADENITIS; TUBERCULOSIS GANGLIONAR/epidemiología.

INTRODUCCION

La tuberculosis sigue siendo un reto para la humanidad en el presente siglo. Constituye hoy la principal causa infecciosa de mortalidad a nivel mundial. Los enfermos severamente inmunodeprimidos pueden presentar localizaciones extrapulmonares hasta en el 60 % de los casos.¹

Una de las formas más frecuentes de presentación de tuberculosis extrapulmonar es la de los ganglios linfáticos; su incidencia es especialmente

¹ *Master en Enfermedades Infecciosas. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Neumología. Instructor.*

² *Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar. Hospital Militar "Joaquín Castillo Duany" Santiago de Cuba.*

³ *Especialista de I Grado en Medicina Interna. Asistente.*

⁴ *Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Neumología. Instructor.*

elevada en los pacientes con infección VIH y puede afectar cualquier ganglio del organismo.²

El incremento del número de tuberculosis extrapulmonar y, dentro de estas la forma ganglionar, se ha pretendido explicar por numerosas razones de tipo epidemiológicas e inmunológicas. En la actualidad el principal factor de riesgo para la progresión de infección a enfermedad ha sido la infección por VIH, sin embargo, en algunas regiones como nuestro país, no se ha notificado que esto haya tenido efecto sobre la incidencia de tuberculosis extrapulmonar.

Debido a las campañas antituberculosas desarrolladas en Cuba, la tuberculosis ha disminuido de forma importante, esto hace que la forma extrapulmonar se minimice por su poca frecuencia y sea una enfermedad desconocida para numerosos médicos de la atención primaria y secundaria.

La tuberculosis ganglionar es la más común de todas las formas extrapulmonares y su conocimiento tiene vital importancia para el diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y enfoque epidemiológico.

METODO

Se realiza un estudio descriptivo para precisar algunos aspectos de interés epidemiológico y clínico en la totalidad de pacientes diagnosticados de tuberculosis ganglionar en la provincia Guantánamo, durante el período comprendido desde el 1ro. de enero de 1997 hasta el 31 de diciembre del 2007.

Se tuvieron en cuenta las variables: sexo, edad, procedencia, localización de la lesión y antecedentes patológicos personales de riesgo para la aparición de la enfermedad.

Los datos fueron recogidos en las historias clínicas de los pacientes atendidos en el período de estudio. Los datos son representados en tablas. Se emiten conclusiones.

RESULTADOS Y DISCUSION

Más del 70 % de los enfermos de tuberculosis ganglionar en el período comprendido 1997 - 2007 tuvo edades entre los 21 y 50 años de edad. Las mujeres fueron las que mayor número de casos aportaron.

La tuberculosis es la enfermedad infecciosa más antigua que conoce la raza humana. El mejoramiento de las condiciones socioeconómicas y el descubrimiento de formas efectivas para su tratamiento, evolución natural clínica y epidemiológica se ha logrado modificar en algunos países. En los últimos años en los países subdesarrollados el número de casos de tuberculosis ha aumentado por el incremento de las poblaciones de riesgo como son los pacientes con infección por VIH, los alcohólicos y los drogadictos. Los indicadores epidemiológicos de esta afección muestran cifras preocupantes de infección, enfermedad y muerte, por lo cual se habla de una enfermedad reemergente a nivel mundial.³

Normalmente la enfermedad se localiza en los pulmones pero puede afectar prácticamente a cualquier órgano del cuerpo humano. Una de las formas más frecuentes de presentación de la tuberculosis extrapulmonar es la de los ganglios linfáticos; suele representar hasta el 40 % de la tuberculosis extrapulmonar. Esta incidencia es especialmente elevada en pacientes con infección por el VIH. En algunas publicaciones se considera la forma más frecuente de tuberculosis extrapulmonar.⁴

Las edades extremas de la vida son las más susceptibles a progresar de infección a enfermedad tuberculosa fundamentalmente por mecanismos de naturaleza inmunológica. En el pasado la tuberculosis ganglionar tenía lugar típicamente en la infancia. En la actualidad en los países desarrollados es más frecuente en adultos jóvenes con edad promedio de 40 años y ligero predominio en el sexo femenino, hecho que se comprobó en la investigación actual.⁵

Es típico del adulto joven inmunocompetente la localización en ganglios cervicales, sin embargo, las linfadenopatías hiliares y mediastínicas se presentan habitualmente después de la infección primaria en los niños, también, aunque más raramente, pueden verse en los adultos.⁴

El 89.5 % de los casos correspondió al área urbana; solo 2 enfermos (10.5 %) procedían de áreas rurales (Tabla 2).

La tuberculosis es cada vez, con mayor frecuencia, una enfermedad de las grandes urbes, así lo reflejan los resultados de varios estudios. Entre el 50 y 75 % de los casos son de procedencia urbana; estos datos deben considerarse y seguirse de cerca, pues en este sector se encuentra la mayor densidad de población.⁶

Relacionado con los promedios de edades según localización de la lesión (Tabla 3), se puede observar que la forma clínica mediastinal fue infrecuente y exclusiva de la primera infancia; la forma cervical tuvo un promedio de edad mucho menor que la forma supraclavicular (27.9 y 43.8 años, respectivamente).

Las manifestaciones clínicas dependen de la localización de la linfadenopatía y del estado inmunológico del paciente. En el adulto inmunocompetente la forma más frecuente es la linfadenitis periférica.⁷

La localización en la cadena ganglionar cervical fue la más común (Tabla 4), constituyendo el 63.2 % del total de los registros con 12 casos; le siguieron la localización supraclavicular con 5 enfermos y la inguinal y mediastinal con 1 caso cada una.

La tuberculosis llega a los ganglios por vía linfática o hematógena a partir de un foco primario pulmonar, o propagarse a otros ganglios regionales en sentido inverso a la circulación linfática, o sea, secundaria a una primoinfección extrapulmonar cuya puerta de entrada sean las mucosas o la vía digestiva.⁸

La adenitis cervical es el patrón de la tuberculosis ganglionar superficial, alcanzando hasta el 77 % de las linfadenitis tuberculosas en el paciente inmunocompetente; le sigue la inguinal y la axilar. La afectación ganglionar periférica generalmente es unilateral, casi siempre el *Mycobacterium tuberculosis* humano es el responsable. En los enfermos severamente inmunodeprimidos las formas mediastinales y diseminadas se presentan con mayor frecuencia. Es común la ausencia de indicios de tuberculosis extraganglionar o síntomas sistémicos, puede ocurrir el drenaje espontáneo.¹

En nuestro estudio no se encontraron antecedentes patológicos de riesgo epidemiológico en 11 pacientes; sólo en 8 casos se encontraron antecedentes de interés (Tabla 5), predominando el contacto BAAR positivo y alguna forma de inmunosupresión como factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad.

En cuanto a los antecedentes patológicos personales se obtuvieron resultados que difieren de otros autores, donde la condición de inmunosupresión estuvo en la gran mayoría de los pacientes. Es probable que existan algunos factores epidemiológicos para padecer la enfermedad que no se contemplaron en este estudio.

La tuberculosis ganglionar se caracteriza por la evolución hacia la cronicidad o recurrencia de los ganglios afectados. Más de la mitad de los casos, 52.6 %, no presentó síntomas sistémicos de infección tuberculosa; por otro lado, la fiebre de curso crónico fue el síntoma más importante en el 47.4 % de los pacientes estudiados.

A pesar de hacerse hincapié en el terreno de riesgo para la aparición de la enfermedad, se habla actualmente de factores locales de tipo inmunológico para el control de estas siembras de tuberculosis extrapulmonar, lo que explicaría la aparición de la enfermedad en individuos aparentemente sanos.⁹

CONCLUSIONES

- Las edades más afectadas fueron encontradas en los grupos de edades de 21 a 51 años de edad, con predominio en el sexo femenino.
- La localización cervical fue la más frecuente con un promedio de edad de 27.9
- No se encontraron antecedentes patológicos que explicaran la aparición de la enfermedad y hubo mayor incidencia en pacientes de origen urbano.
- La fiebre de curso crónico fue el síntoma acompañante más importante.
- No existen diferencias ostensibles respecto a los registros hallados en la literatura revisada.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Raviglione MC, O'Brian RJ. Tuberculosis. En: Harrison's Principles of Internal Medicine. New York. Ed Mc Graw. 2005:pp. 953-966.

2. Spyridis P, Matzeouh F, Hantzacos A. Mycobacterial cervical lymphadenitis in adults: Clinical and laboratory factors of importance for diferencial diagnosis. *Scand J Infect Dis* 2004; 33:362-366.
3. Arcianaga W, Orjuela DL. Tuberculosis Extrapulmonar: Revisión de 102 casos, Hospital de San Jorge de Pereira 2000 - 2004, *Biomédica* 2006; 26: 71-80.
4. Oliva J, Moreno G. Tuberculosis: El médico 2004; 19: 29-52.
5. Unión Internacional Contra la Tuberculosis y las Enfermedades Respiratorias. Manual de enfermedades respiratorias. Editores Cabrera P, Rodríguez de Castro F. Segunda Edición. Gran Canaria, España 2005.
6. Gala A. Capacidad de respuesta a emergencias epidémicas: Recomendaciones para la autoevaluación nacional. *Rev Panam* 2005; 18(2): 139-148.
7. Alvarez S, McCabe WH. Extrapulmonary Tuberculosis revisted: A review of experiance at Boston city and other hospitals. *Medicine* 2004; 63: 25 55.
8. García MJ, Regueiro MT, Casariego E, Correidora JC, Varela J, García JL. Tuberculosis. *Guías Clínicas* 2003; 3.
9. Ortona I, Federico G. Pulmonary disease and extrapulmonary tuberculosis. *Rays* 1998; 23:64-77.

TABLA 1. GRUPO DE EDADES Y SEXO.

GRUPO DE EDADES	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
0 - 10	2	13.3	-	-	2	10.5
11 - 20	-	-	2	50.0	2	10.5
21 - 30	6	40.0	-	-	6	31.6
31 - 40	4	26.7	-	-	4	21.1
41 - 50	2	13.3	2	50.0	4	21.1
Más de 50	1	6.7	-	-	1	5.3
TOTAL	15	100	4	100	19	100

Fuente: Historias clínicas.

TABLA 2. PROCEDENCIA.

PROCEDENCIA	No.	%
Urbana	17	89.5
Rural	2	10.5
TOTAL	19	100

Fuente: Historias clínicas.

TABLA 3. EDAD PROMEDIO Y LOCALIZACION DE LA LESION.

LOCALIZACION	No.	Media
Supraclavicular	5	43.8
Cervical	12	27.9
Inguinal	1	33.0
Mediastinal	1	4.00

Fuente: Historias clínicas.

Edad promedio de la serie 31.1 años

TABLA 4. LOCALIZACION DE LA LESION.

LOCALIZACION	No.	%
Cervical	12	63.2
Supraclavicular	5	26.3
Inguinal	1	5.3
Mediastinal	1	5.3
TOTAL	19	100

Fuente: Historias clínicas.

TABLA 5. ANTECEDENTES PATOLOGICOS.

ANTECEDENTES	No.	%
No	11	57.9
Si	8	42.1
TOTAL	19	100

Fuente: Historias clínicas.