

Linfadenitis axilar primaria tuberculosa, dificultades en el diagnóstico: presentación de un caso

Tuberculous primary axillary lymphadenitis: their difficulties in diagnosis

Dr. Rafael Pila Pérez; Dr. Rafael Pila Pelaez; Dr. Alberto Riveron Nuñez; Dr. Víctor Holguín Prieto; Dr. Etelivar Torres Vargas

Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Fundamento: la linfadenitis axilar primaria tuberculosa sin otra enfermedad asociada, es una enfermedad infrecuente.

Objetivo: presentar un caso de linfadenitis axilar primaria de origen tuberculoso en una paciente.

Caso Clínico: paciente de 25 años, femenina, de piel blanca, con antecedentes de haber sido ingresada hace tres años por síndrome adenico por lo cual fue estudiada, al año de su egreso presenta adenopatías en la región lateral derecha del cuello, es estudiada por consulta externa donde se le realizó múltiples exámenes, estudio histopatológico de ganglio, imagenológicos etc., diagnosticándole una adenitis inespecífica. Es ingresada por presentar una tumoración en axila derecha de más o menos 4,5 a 5cm, de aproximadamente un año de evolución, con crecimiento lento, lobular que no ocasiona ningún tipo de molestias.

Conclusiones: la tuberculosis extrapulmonar es infrecuente. La afectación ganglionar es mayormente reportada pero sobre todo en los ganglios del cuello, muy rara en la región axilar. La presentación clínica por lo regular es asintomática. El diagnóstico definitivo viene dado por la epidemiología, prueba de tuberculina, la imagenología y fundamentalmente la histopatología, ya que esta enfermedad tiene un gran número importante de diagnósticos diferenciales.

DeSC: TUBERCULOSIS GANGLIONAR; TUBERCULOSIS; PRUEBA DE TUBERCULINA; ADULTO

ABSTRACT

Background: tuberculous primary axillary lymphadenitis without other associate manifestation is a rare disease.

Objective: to present a case of primary axillary lymphadenitis caused by tuberculosis in a patient.

Clinical case: 25 years-old, female, white skin patient admitted three years ago by adenitis syndrome, after a year of being discharge she presented adenopathy in the right lateral region of the neck, she was studied by external consultation where multiple tests were carried out like: histopathological study of the ganglion, imaging etc., diagnosing a nonspecific adenitis. She is admitted by presenting a right axillary tumor of 4.5- 5 cm, approximately with one year of evolution, with slow, lobular growth that does not cause any kind of discomfort.

Conclusions: extrapulmonary tuberculosis is uncommon. The ganglionic form is the most reported, particularly those in the neck, very rare in the axillary region. The clinical presentation usually has no symptoms. The epidemiology, tuberculin test, imaging and mainly histopathology give the definitive diagnosis; because this disease has a great number of differential diagnoses.

DeSC: TUBERCULOSIS, LYMPH NODE; TUBERCULOSIS; TUBERCULIN TEST; ADULT

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) en nuestros días es una enfermedad curable cuya frecuencia ha disminuido después de la introducción de la estreptomycin y la quimioterapia; sin embargo, aún no es un problema resuelto totalmente y el médico moderno, ya no muy acostumbrado a su diagnóstico, debe tenerla presente no solo al tratar enfermedades pulmonares, sino también con localización en otros órganos del cuerpo.

No en vano, cuando se estima que en el mundo viven alrededor de 6,200 millones de personas, se calcula que aproximadamente una tercera parte, cerca de 2,100 millones se encuentran infectadas por *M. tuberculosis*, formando el mayor reservorio humano conocido para una enfermedad infecciosa.¹

Estos son los que ocasionan que cada año enfermen en el mundo de TB alrededor de 8,8 millones de personas (Tasa de 140/100,000; 3,9 millones de ellos con baciloscopia positiva) lo que sumados a los que no se curan o recaen de años previos, hacen extremar que en el mundo puedan existir alrededor de 15,4 millones de enfermos (Tasa de 254/100,000 habitantes) casi 700,000 de ellos ligados al VIH (I). Pero lo más triste es observar como aún en la actualidad siguen muriendo 1,7 millones (Tasa de 28/100,000) de personas cada año por la TB (I). Una causa que puede curarse en el 100 % de los casos si se tiene acceso a buenos tratamientos y a buenos Programas de Control de la TB (I).

Aproximadamente del 11 % al 25 % de todos los casos de TB son exclusivamente extrapulmonares. Estas formas son por lo regular 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 sospechan. Así la confirmación bacteriológica se consigue solo 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 mayor de 15mm).²⁻⁴

La linfadenitis axilar tuberculosa (LAT) sin afección mamaria y sin otra lesión asociada, es una enfermedad infrecuente; debido al aumento de la incidencia de la TB en nuestro país, su frecuencia puede aumentar.

CASO CLÍNICO

Paciente de 25 años, femenina, de piel blanca, con antecedentes de haber sido ingresada hace tres años por síndrome adénico, Se estudió su caso en el Hospital Universitario Manuel Ascunce con el diagnóstico al egreso de adenitis inespecífica; al año de su egreso presentó adenopatías en la región lateral derecha del cuello, donde se continuó el estudio en consulta externa, se le realizaron múltiples exámenes histopatológicos de ganglio e imagenológicos, por los que se le diagnosticó una adenitis inespecífica.

Es ingresada por presentar una tumoración en axila derecha de más o menos 4,5 a 5cm, de aproximadamente un año de evolución, con crecimiento lento, lobular que no ocasiona ningún tipo de molestias.

Examen físico

Asintomática, pérdida de 5kg de peso en los últimos tres meses, afebril, apreciación de tumoración de 4,5 a 5cm de diámetro mayor, dura, lobulada, adherida a planos superficiales y profundos de bordes irregulares, temperatura normal y no dolorosa. El resto del examen físico se realizó por medio de aparatos y sistemas, los que incluyeron mamas, axila contra lateral, y cuello, así como esfera ginecológica y recto sin ningún tipo de alteración. El estudio analítico de hemoquímica, iones, enzimas hepáticas y pancreáticas, función renal, glucemia, estudio de inmunidad completo, VDRL y VIH: dentro de la normalidad. Test de Paul-Bunnell y Test de Davidhson, aglutinaciones para Brucella: negativas. Únicamente destacaba dentro de los exámenes una velocidad de sedimentación globular de 105mm /1h. Radiografía de tórax, TAC de tórax y abdomen: sin alteraciones al igual que el ECG. Prueba de tuberculina (Mantoux) de 18mm. No se practicó baciloscopía ya que la paciente no presentó ningún tipo de expectoración. BAAF de la tumoración axilar la paciente se niega a realizarla. Ecografía abdominal y ginecológica dentro de la normalidad. Ecografía bilateral de mamas y axilas: no se aprecian alteraciones de ambas mamas y región axilar izquierda, en la axila derecha se aprecia masa tumoral de 4 a 5cm. Es sometida a intervención quirúrgica, extirpándose la tumoración en su totalidad. El resultado histopatológico arrojó una tuberculosis ganglionar. Se impone tratamiento para la TB según las normas establecidas en el país, así como el estudio epidemiológico que conlleva esta enfermedad.

DISCUSIÓN

En un estudio practicado en el país sobre TB Extra pulmonar, donde se reportaron 97 casos, en 1987 27 de ellos tenían localización ganglionar, fundamentalmente en las cadenas ganglionares derecha e izquierda del cuello, así como en ambas fosas supraclaviculares, de ellos 21 tenían edades entre 25-44 años, correspondió la localización ganglionar el 27.8 % de todos los casos.⁵ Los ganglios cervicales son los más afectados en la TB, mientras que los axilares sin afectación mamaria es excepcional como lo demuestran los estudios de Lim, et al,⁶ el cual sobre un estudio de 23707 mamografías realizadas en ausencia de lesión mamaria, se encontró 9 imágenes axilares patológicas (0.4x1000), y que solo un caso correspondió a TB ganglionar primaria, Muttarak, et al,⁷ después de practicar 10173 mamografías durante seis años, se encontraron solo diez casos de adenopatía axilar primaria TB, lo que correspondía al 0.01 % de todos los casos estudiados, por tanto la incidencia de TB primaria de mama es infrecuente. Solo se han descrito hasta la actualidad 700 casos y la linfadenitis axilar por TB, sin presencia de mastitis tuberculosa es una entidad aún más infrecuente.⁸ En estos casos debe tenerse en cuenta una correcta exploración mamaria, aunque sea negativa pues puede encontrarse un carcinoma oculto de mama, según algunos autores varía entre el 55 % y el 82 % de los casos, en los que existe adenopatías axilares patológicas.⁹

La edad media de presentación de la LAT primaria es de 44.4 años con un rango entre los 31 y 65 años, la mayoría es unilateral y de predominio derecho (80 %), como en el caso que expone, pero la paciente tenía solo 25 años.^{6, 7}

Los ganglios afectados se reportan como masas multilobuladas de consistencia firme, de bordes mal definidos y adheridas a planos profundos que pueden confundirse con procesos malignos, habitualmente son asintomáticas, con crecimiento lento y progresivo, con formación de fístulas en ocasiones. Menos la última característica, todo el resto se encontró en el ganglio de nuestra paciente.¹⁰

La ecografía constituye una prueba útil en el diagnóstico de la patología axilar. Las LAT son hipoeoicas y de bordes irregulares. Estudios recientes dan gran importancia a la tomografía axial computarizada (TAC) y la resonancia magnética (RMN) en la detección, en la axila de carcinoma metastático. En la mama, la (RMN), detectó lesiones tumorales ocultas en el 1.1 % de los pacientes en comparación con el 0.3 % obtenidos en mamografías.¹¹

Cuando sospechamos una lesión ganglionar de causa tuberculosa, el diagnóstico se confirma mediante, frotis, tinciones histológicas (tinción de Ziehl-Neelsen) y cultivos (Lowenstein) de las muestras extraídas por BAAF, biopsia, y extirpación quirúrgica de la lesión, como fue el caso de la paciente. Últimamente se puede optar por pruebas como la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) con una sensibilidad y especificidad superior al 95 %.¹²

La BAAF es de gran valor en manos expertas, tiene una sensibilidad alrededor del 75 % con un valor predictivo positivo del 98 % y un valor predictivo negativo del 66 %.¹³

Histológicamente los ganglios linfáticos afectados muestran numerosos granulomas constituidos de histiocitos epiteloideos y células gigantes de Langhans; en su centro

existe necrosis caseosa, cuya intensidad depende del grado de sensibilidad del paciente y de la virulencia del microorganismo.

Los granulomas confluyen y son rodeados por fibroblastos y linfocitos, todo esto encontrado en el estudio histológico del ganglio de la enferma. El diagnóstico histológico diferencial que es lo más importante, incluye sarcoidosis, enfermedad de Rosai y Dorfman, linfadenitis granulomatosa infecciosa por hongos, enfermedad por arañazo de gato, tularemia, brucelosis, mononucleosis infecciosa, espiroquetas, leishmania, micobacteriosis atípica, linfoma, leucemias, metástasis de carcinoma primario de mamas o metástasis de carcinoma primario extramamario, 6,10,12 sin embargo, el diagnóstico histológico diferencial con adenopatía metastásica es muy difícil, por lo que el análisis microbiológico es esencial, al igual que la epidemiología.
5, 10, 12

Según las normas para esta enfermedad predeterminadas en el país, el tratamiento de la LAT primaria es médico con tratamiento anti-tuberculoso, al igual que el control de los enfermos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Global Tuberculosis Control: Surveillance, planning, financing. Ginebra: WHO Report; 2006.
2. Steliamides S, Belnatong N, Fatin B. Manifestations and diagnosis of extrapulmonary tuberculosis. *Rev Mal Respir.* 1997; 14:572-87.
3. Kwong J, Carignaw S, Kange E, Muller N, Fitzgerald J. Miliary Tuberculosis. Diagnostic accuracy of chest radiography. *Chest.* 1996; 110:339-42.
4. Kaiser R, Cuulombier D, Baldari M, Morgan D, Paquet C. What is epidemic intelligence and how is it being improved in Europe?. *Eurosurveillance.* 2007; 11(2):310-15.
5. Pila Perez R, Amador Betancourt J, Pernas Alvaríño J, Alvarez Suárez G. Tuberculosis extrapulmonar. Estudio de 97 casos. *Rev Cub Med.* 1987; 26(3): 256-66.
6. Lim E, O'Doherty A, Hill A, Quinn C. Pathological axillary lymph nodes detected at mammography screening. *Clin Radiol.* 2005; 59:86-91.
7. Muttarak M, Pojchamarnwiputh S, Chainwon B. Mammography features of tuberculous axillary lymphadenitis. *Australian Radiology.* 2006; 46:260-3.
8. OH K, Kim J, Kook S. Imaging of tuberculous disease involving breast. *Eur Radiol.* 2005; 15:1475-80.
9. Merson M, Androea L, Galimberfi V, Bufalino R, Marchini S, Veronesi U. Breast carcinoma presenting as axillary metastasis without evidence of a primary tumour. *Cancer.* 1992; 70:504-8.

10. Sheherba B. Problem in differential diagnosis of tuberculous peripheral lymph nodes and malignant neoplasms. Problemy Tuberkuleza. 2007; 28:7-9.
11. Guevara A, Juarez A, Zenteno R. Tuberculosis y la importancia de incorporar nuevas tecnologías diagnósticas. MEDUNAB. 2005; 8:46-51.
12. Carbajal Bruguera J, Martín García M, Oliant Delgado S, Camuñas Segó R, Via J, Fernández I, et al. Linfadenitis axilar primaria de etiología tuberculosa: Importancia clínica y diagnóstico diferencial. MAPFRE Med. 2005; 16(2):147-52.
13. Bem C, Patil P, Elliot A, Namaambo K, Bharucha H, Porter J. The value of wide needle aspiration in the diagnosis of tuberculous lymphadenitis in Africa. AIDS. 2005; 17:1221-5.

Recibido: 18 de enero de 2011

Aprobado: 20 de septiembre de 2011

Dr. Rafael Pila Pérez. Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Titular. Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba. Email: vadolfo@finlay.cmw.sld.cu