

Hospital Pediátrico Docente de Centro Habana

Adenitis tuberculosa infantil en Cuba (1995 a 2005)

Dra. Gladys Abreu Suárez,¹ Dr. José A. González Valdés,² Dr. Richard Zamora Fuentes,³ Dra. Aurelia Pérez Brunet⁴ y Dra. María Josefa Llanes Cordero⁵

RESUMEN

Con el objetivo de contribuir a perfeccionar la localización y el diagnóstico de la tuberculosis infantil en nuestro país, que se propone eliminarla como problema de salud, revisamos retrospectivamente los casos reportados de adenitis tuberculosa en niños menores de 15 años durante un período de 11 años (1995 a 2005), según datos epidemiológicos, clínicos y estudios complementarios realizados con fines diagnósticos. Encontramos 28 casos de adenitis (11,1 % del total), de los cuales se estudian los 26 que tenían completas las encuestas. Predominó ligeramente el sexo masculino y los niños < 5 años. Solo se precisó la fuente de infección en 10 y en los 16 restantes, sin estudios microbiológicos, la prueba de Mantoux apoyó el diagnóstico en 6 y en el resto el criterio diagnóstico se estableció por la clínica y la presencia de granulomas en la biopsia. La prueba de Mantoux en general fue de 10 mm en el 54 % de los pacientes. La localización más frecuente fue la cervicofacial (76 %). Los síntomas generales fueron más frecuentes en los niños cuya enfermedad era de larga evolución. La radiología de tórax fue normal en todos los pacientes. Se detectaron errores en el tratamiento de 25 de los 26 pacientes. Se concluyó que es necesario garantizar el estudio de todos los niños en contacto con enfermos y administrar la quimioprofilaxis de forma supervisada y de acuerdo a lo establecido en el Programa de Control. Es igualmente importante elevar el índice de sospecha de tuberculosis en niños con linfadenopatías, estudiar microbiológicamente todos los ganglios biopsiados y determinar otras causas de linfadenitis granulomatosa.

Palabras clave: Tuberculosis infantil, adenitis granulomatosa.

La tuberculosis (TB) sigue constituyendo un reto para la humanidad en el presente siglo, con 8 millones de casos nuevos al año y aproximadamente 1,8 millones de fallecidos por esta enfermedad.^{1,2}

Cuba ha alcanzado en la última década resultados muy satisfactorios en su Programa de Control de la TB, con 736 casos reportados en el 2004 para una tasa de 6,6 por 100 000 hab.^{1,3} La TB en menores de 15 años, marcador sensible de transmisión reciente de TB, también ha experimentado una franca disminución y se informa una tasa de 0,1 por 100

000 hab en el 2004,³ aunque en la mayoría de los casos se detectan errores en la atención de los enfermos.

Entre las formas clínicas de tuberculosis infantil se encuentra la adenitis, que es la forma extrapulmonar más frecuente. Aparece generalmente pocos meses después de la infección y se caracteriza por el aumento de volumen de los ganglios linfáticos de cualquier grupo regional, con consistencia firme, no dolorosos, —aunque pueden abscedarse y fistulizar—, con drenaje intermitente de pus. Son móviles, pero pueden adherirse a planos profundos.

La adenitis puede acompañarse de síntomas generales como fiebre y pérdida de peso. El diagnóstico se realiza por la epidemiología, las manifestaciones clínicas, la prueba de Mantoux y el estudio histológico que muestra inflamación crónica granulomatosa con caseosis y en ocasiones se observan bacilos ácido-alcohol resistentes. El cultivo es fundamental para confirmar el diagnóstico y descartar otras causas.⁴⁻⁶

Es por esto que decidimos revisar el comportamiento de los casos reportados de adenitis tuberculosa desde la creación del Centro de Referencia Nacional de TB Infantil en 1995, para contribuir así a perfeccionar la localización de casos y el diagnóstico de los enfermos, con vistas a eliminar la TB como problema de salud.

MÉTODOS

Se revisan retrospectivamente los casos reportados de adenitis tuberculosa en menores de 15 años, en el período transcurrido entre el 1.º de enero de 1995 y el 31 de diciembre de 2005. La fuente de información fueron las encuestas confeccionadas por las Comisiones Provinciales de TB Infantil y el Centro de Referencia Nacional de TB Infantil.

La encuesta recogió datos epidemiológicos, así como los datos clínicos y exámenes complementarios que condujeron al diagnóstico. Se analizaron además los errores detectados en el tratamiento de los casos. Los resultados se expresaron en porcentajes.

RESULTADOS

Se reportaron 157 casos de TB infantil en el período de estudio, de ellos 28 con diagnóstico de adenitis (11,1 %) que constituyó la segunda causa más frecuente. Se estudiaron solo 26, pues eran los que tenían todos los datos clínicos y epidemiológicos.

El diagnóstico se realizó por investigación de contacto en 1 caso y por manifestaciones clínicas, presencia de granuloma en la biopsia e historia de contacto en 9 casos. En uno de ellos se aisló *Mycobacterium tuberculosis* en el contenido gástrico.

En los 16 niños sin fuente de infección definida, el diagnóstico fue clínico-histológico, apoyado por una prueba de tuberculina positiva en 6 de ellos. En uno de los casos el cultivo del ganglio fue negativo, aunque la coloración de Zielh Nielsen mostró bacilos ácido-alcohol resistentes.

La prueba de tuberculina fue 10 mm en 13 de 24 niños, para el 54 % y a 2 pacientes no se realizó. No tuvimos resultados entre 6 y 9 mm (tabla 1).

Tabla 1. *Diagnóstico de adenitis tuberculosa* (Cuba, 1995 a 2005)

Fuente de infección conocida	N.º	%	Prueba de Mantoux	Zielh Nielsen positivo	Zielh Nielsen negativo	Zielh Nielsen desconocido	Total
Sí	10	38,5	0 - 5	1*	0	1	2
			10	2	2	3	7
			Desc.	1	0	0	1
No	16	61,5	0 - 5	3**	2	4	9
			10	1	2	3	6
			Desconocido	0	1	0	1
Total	26	100	...	8	7	11	26

Fuente: Encuestas.

* 1 caso con cultivo de contenido gástrico positivo.

** 1 caso con cultivo de ganglio negativo.

Predominó ligeramente el sexo masculino (54 %), así como el grupo etáreo 5 años (57 %) (tabla 2). La localización más frecuente fue la cervicofacial (76 %). La adenitis se presentó de forma aguda con signos flogísticos en 6 niños; en 4 de ellos fistulizó y drenó intermitentemente. Dos de los niños con adenitis maxilar fistulizada presentaron una reacción perióstica del maxilar superior (tabla 3).

Tabla 2. *Adenitis tuberculosa según sexo y edad*

Sexo	Grupo etáreo (en años cumplidos)				Total	
	< 1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	N.o	%
Femenino	1	5	2	4	12	46,2
Masculino	0	5	4	5	14	53,8
Total	1	10	6	9	26	100

Fuente: Encuestas.

Tabla 3. *Adenitis tuberculosa según localización y manifestaciones cutáneas*

Localización	N.º	%	Fistulizada	Abscedada	
Cérvico-facial	Lateral	11	42,3	0	1
	Submaxilar	7	26,9	4	1
	Supraclavicular	2	7,6	0	0
Axilar	4	15,2	0	0	
Inguinal	2	7,6	0	0	
Total	26	100	4	2	

Fuente: Encuestas.

No se reportó desnutrición ni otras condiciones predisponentes. El diagnóstico se realizó después del primer mes de evolución en 21 niños (80 %), incluyendo 3 con una demora mayor de 1 año, a pesar de estar en contacto con un enfermo. Los síntomas generales fueron más frecuentes en niños con un tiempo de evolución prolongado. La fiebre estuvo presente en 9 de 26 (34,6 %). Dos niños refirieron dolores articulares y en uno de ellos se asoció queratoconjuntivitis (niño con adenitis inguinal) (tabla 4).

Tabla 4. *Adenitis tuberculosa según tiempo de evolución al diagnóstico y síntomas generales*

Tiempo de evolución	Síntomas generales					Total	
	Pérdida de peso	Fiebre	Astenia y fiebre	Astenia, fiebre y pérdida de peso	Niega	N.º	%
< 1 mes	0	2	0	0	3	5	19,2
1 mes a 59 días	0	0	0	0	4	4	15,2
2 meses a 69 días	1	0	0	1	6	8	30,4
3 meses	0	3	1	2	3	9	35,2
Total	1	5	1	3	16	26	100

Fuente: Encuestas.

Todos los casos tuvieron una radiología de tórax normal. Se detectaron errores en la atención de 25 de nuestros pacientes:

- No se hizo control de foco en 4 casos de contacto conocido.
- No se administró quimioterapia, fue incompleta o no supervisada en 4 niños.
- No se cultivó la adenopatía en 25, sobre todo en los 10 pacientes sin fuente de infección conocida y prueba de Mantoux anérgica.
- Demora por no sospecha en 21 casos.
- Tratamiento con una sola droga en 1 caso.
- Demora de 4 meses en revisar el resultado de la biopsia en un paciente.

En 8 niños se detectaron 2 o más errores. Los problemas en el control de foco y la administración de quimioterapia preventiva se detectaron fundamentalmente en los 5 primeros años de estudio. Todos los casos evolucionaron satisfactoriamente con el tratamiento antituberculoso.

DISCUSIÓN

La adenitis constituyó la segunda causa de TB en nuestra casuística, con el 11 %. Nelson y cols. documentan un resultado similar en su estudio sobre la epidemiología de la TB infantil en los Estados Unidos en el período de 1993 a 2001, con 15,5 %, aunque

con predominio de niños entre 5 y 9 años.⁴ *Eriksson* en Suecia encuentra un 25 % de linfadenitis tuberculosa en 64 pacientes.⁵

El diagnóstico de nuestros casos se apoyó en la presencia de inflamación granulomatosa en el estudio histológico. La presencia de granulomas no es patognomónica de TB y puede presentarse con otras causas infecciosas y no infecciosas.^{6,7}

En los 16 pacientes sin contacto conocido de TB debió descartarse al cultivo la infección por micobacterias no TB, las cuales producen un cuadro clínico similar y son frecuentes en niños pequeños que se llevan las manos a la boca. Por ello afecta sobre todo al área cervicofacial y, por lo general, los resultados de la prueba de la tuberculina son inferiores a 15 mm.⁷⁻¹¹ También puede realizarse reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en casos negativos al cultivo,^{7,8} aunque no está disponible en nuestro medio.

No debemos olvidar la adenitis axilar o supraclavicular por diseminación regional del BCG, sobre todo en el primer año de la vida¹² y la enfermedad por arañazo de gato.⁶ Otras causas son menos frecuentes pero deben descartarse de acuerdo a la clínica.⁶

La queratoconjuntivitis es un síntoma poco frecuente y casi siempre está relacionado a la hipersensibilidad retardada. Cuando se asocia a adenitis cervicofacial, se le denomina enfermedad oculoglandular, la cual no puede plantearse en este niño por ser de localización inguinal. Otros agentes infecciosos no micobacterianos también pueden producir este cuadro, en el curso de formación de granulomas e hipersensibilidad retardada.⁶

No se detectaron adenopatías mediastinales ni lesiones pulmonares, aunque se reportan alteraciones radiológicas en el tórax hasta en el 30 % de la TB cervicofacial.^{6,13}

La demora diagnóstica se debió al bajo índice de sospecha, pues se interpretaron los síntomas como una adenitis piógena y no se tuvo en cuenta la ausencia de respuesta al tratamiento antibiótico en la mayoría de los casos o el antecedente de fuente de infección en 6 de 10 niños. Y este es un antecedente epidemiológico esencial.¹⁴

Los síntomas sistémicos se reportan hasta en el 55 % de los casos de adenitis tuberculosa¹¹ y deben ser tenidos en cuenta, aunque pueden presentarse también en niños con micobacterias no TB y otras inflamaciones granulomatosas.⁶

El diagnóstico de la TB infantil debe realizarse en la atención primaria de salud, en el estudio de control de foco de un paciente tuberculoso adulto, que constituye el principal grupo de riesgo. Además de la demora diagnóstica y la falta de cultivo del material de biopsia, se destacó entre los errores el no realizar control de foco en 4 casos que pudieron haber recibido quimioprofilaxis y la no administración correcta de la quimioprofilaxis en otros 4 niños. Esta medida preventiva es eficaz hasta en el 85 % de los contactos.^{6,14-16}

Conclusiones

y

recomendaciones

Es imprescindible garantizar el control de todos los niños en contacto con un enfermo,

ya sea dentro del domicilio o fuera de él y utilizar de forma supervisada la quimioprofilaxis según lo establecido en el programa.

Es necesario elevar el índice de sospecha de TB en niños con linfadenopatías, mediante el estudio microbiológico de todos los ganglios biopsiados mediante BAAF o exéresis quirúrgica. Los niños con inflamación granulomatosa adénica y sin fuente conocida de TB, deben ser estudiados para investigar otras posibilidades etiológicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Informe de la reunión de los Jefes de Programa de Control de la Tuberculosis. 11- 13 septiembre de 2002, La Habana, Cuba. DPC/CD/TUB/244/03
2. Informe de la IV Reunión Intergerencial de la América para detener la Tuberculosis. STOP TB, 7- 9 mayo de 2003. Santo Domingo, Republica Dominicana. OPS/DPC/CD/TUB/269/03
3. Ministry of Public Health. Basic indicators. MINSAP: Ciudad de La Habana; 2005.
4. Nelson L, Schneider E, Wells Ch, Moore M. Epidemiology of childhood tuberculosis in the United States, 1993-2001: The need for continue vigilance. *Pediatrics*. 2004; 114(2): 333-341.
5. Eriksson M, Bennet R, Danielsson N. Clinical manifestations and epidemiology of childhood tuberculosis in Stockholm 1976-95. *Scand J Infect Dis*. 1997; 29(6): 569-572.
6. Starke J, Muñoz F. Tuberculosis. En: Berhman R, Kliegman RM, Jenson HB, Eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 16 th Ed. London: W. B. Saunders Co; 2000. pp. 885-895.
7. Akhtar J, Howatson AG, Raine PA. Atypical mycobacterial infection in childhood: a “surgical disease”. *J R Coll Surg Edinb*. 1997; 42(2): 110-111.
8. Ersoz C, Polat A, Serin MS, Soylu L, Demircan O. Fine needle aspiration (FNA) cytology in tuberculous lymphadenitis. *Cytopathology*. 1998; 9(3): 201-207.
9. Suskind DL, Handler SD, Tom LW, Potsic WP, Wetmore RF. Nontuberculous mycobacterial cervical adenitis. *Clin Pediatr (Phila)*. 1997; 36(7):403-409.
10. Romanus V, Hallander HO, Wahlen P, Olinder_Nielsen AM, Magnusson PH, Jublin I. Atypical mycobacteria in extrapulmonary disease among children. Incidence in Sweden from 1969-1990, related to changing BCG vaccination coverage. *Tuber Lung Dis*. 1995; 76(4): 300-310.
11. Penfold CN, Revington PJ. A review of 23 patients with tuberculosis of the head and neck. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 1996; 34(6): 508-510.
12. Hengster P, Solder B, Fille M, Menardi G. Surgical treatment of bacillus Calmette Guerin Lymphadenitis. *World J Surg*. 1997; 21(5): 520-523.
13. Ibeekwe AO, al Shareef Z, al Kindy S. Diagnostic problems of tuberculous cervical adenitis (scrofula). *Am J Otolaryngol*. 1997; 18(3): 202-205.
14. Howie S, Voss L, Baker L, Grimwood K, Byrnes C. Tuberculosis in New Zealand, 1992-2001: a resurgence. *Arch Dis Childhood*. 2005; 90: 1157-1161.
15. Pediatric Tuberculosis Collaborative Group. Targeted Tuberculin skin test and treatment of latent tuberculosis infection in children and adolescents. *Pediatrics*. 2004; 114(4): 1175-1201.

16. Nelson LJ. New guidelines about latent TB infection in children and adolescents: a welcome advancement. *Pediatrics*. 2004; 114(4): 1084-1086.

Recibido: 15 de marzo de 2006. Aprobado: 24 de abril de 2006.

Dra. Gladys Abreu Suárez. Calle Benjumeda y Morales, Cerro. Ciudad de La Habana.

CP 10600.

Correo electrónico: josegv@infomed.sld.cu

¹ **Especialista de II Grado en Pediatría. Profesora Auxiliar.**

² **Especialista de II Grado en Pediatría y Administración de la Salud. Profesor Titular y Consultante.**

³ **Especialista de I Grado en Pediatría. Profesor Asistente.**

⁴ **Especialista de I Grado en Pediatría. Profesora Asistente.**

⁵ **Especialista de II Grado en Epidemiología. Jefe del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Dirección Nacional de Epidemiología (MINSAP).**