

SCROFULA TUBERCULOSA. PRESENTACION DE UN CASO

HOSPITAL PUBLICO DE GEORGETOWN. GUYANA

Dr. Arbelio Primelles Diaz, Dr. Nicomedes de la Rosa Pérez** y Dra. Clara Expósito Irarragorri****

Se presenta un caso poco frecuente de linfoadenitis tuberculosa cervical o scrofula, tratado por los autores durante el cumplimiento de una misión internacionalista en la hermana República Cooperativa de Guyana, a causa de que en nuestro medio es casi improbable su aparición por el control existente de las enfermedades del ganado bovino y puede resultar de interés fundamentalmente a nuestros médicos jóvenes, que no vivieron estas experiencias en nuestro país.

INTRODUCCION

El término tuberculosis apareció por primera vez en la literatura médica en el año 1839, para determinar la característica anatómica única de formación de tubérculos en esta entidad.

En 1865, Villemin demostró las características contagiosas del proceso, al infectar animales de laboratorio con tejido enfermo. En 1862, Robert Koch notificó el aislamiento y cultivo del bacilo y el desarrollo de la enfermedad en los humanos, y descubrió además, la tuberculina, que facilitó el reconocer y suprimir la enfermedad en el ganado y eliminar la tuberculosis bovina en el humano en una gran parte del mundo.¹ Se ha estimado que la mitad de la población del siglo XVI en Inglaterra, sufrió linfoadenitis cervical tuberculosa (scrofula) causada por la contaminación de la leche.^{2,3} Este modo de adquirir la linfoadenitis tuberculosa es extraordinariamente raro en zonas sin problemas de tuberculosis bovina.¹

* Especialista de I Grado en Cirugía Pediátrica. Hospital Pediátrico Docente Provincial de Camagüey.

** Especialista de II Grado en Medicina Interna. Instructor. Hospital Provincial Docente "M.A.D." de Camagüey.

*** Especialista de I Grado en Medicina Interna. Instructora. Hospital Municipal de Vertientes, Camagüey.

Dado que en nuestro país el control de las enfermedades en el ganado bovino hace que sea casi improbable la aparición de un paciente con ~~scrofula~~ tuberculosa y al tomar como referencia nuestra experiencia con casos de este tipo durante el cumplimiento de una misión internacionalista en la hermana República Cooperativa de Guyana, es que nos decidimos a presentar este caso, por el valor científico que desde el punto de vista médico puede brindar.

MATERIAL Y METODO

Paciente P. S., de 9 años de edad, del sexo masculino y raza amerindia. Este paciente proviene de una comunidad rural amerindia, que es ingresado en el servicio de pediatría, por presentar aumento de volumen de múltiples ganglios en región cervical, que no mejoran con el uso de antibióticos indicados en el centro de salud correspondiente al área donde vive. Además, el paciente muestra fiebre, asociada con tos húmeda y pérdida de peso. Su abuelo tiene antecedentes de haber padecido de tuberculosis pulmonar, además el niño toma leche de vaca obtenida por sus padres de ganado de su propiedad.

EXAMEN FISICO

Destaca pérdida de peso corporal (figura 1) y aumento de volumen de varios ganglios cervicales y supraclaviculares, los cuales a la palpación, tienen una consistencia elástica, algunos de ellos presentan áreas de ulceración y fistulas que drenan al exterior (figuras 2 y 3), lo que sugirió la posibilidad de una linfoadenitis tuberculosa.

EXAMENES DE LABORATORIO

Hemoglobina: 64 g/L.

Eritrosedimentación: 92 mm/h.

Los ganglios fueron incindidos y se obtuvo un material caseoso, en el cual se aisló el bacilo Ácido alcohol resistente.

El estudio anatopatológico realizado al material de biopsia obtenido de los ganglios cervicales, mostró la presencia de granulomas tuberculosos.

La prueba de Mantoux fue positiva.

La radiografía de tórax demostró la imagen característica de una tuberculosis miliar (figura 4).

DISCUSION

Planteamos el diagnóstico de linfoadenitis tuberculosa cervical (~~scrofula~~), por los antecedentes del paciente de tomar leche proveniente de ganado bovino posiblemente contaminado, el examen físico principalmente de

Figura 2. Adenopatías ulceradas en región cervical.



Figura 1. Estado general del paciente.

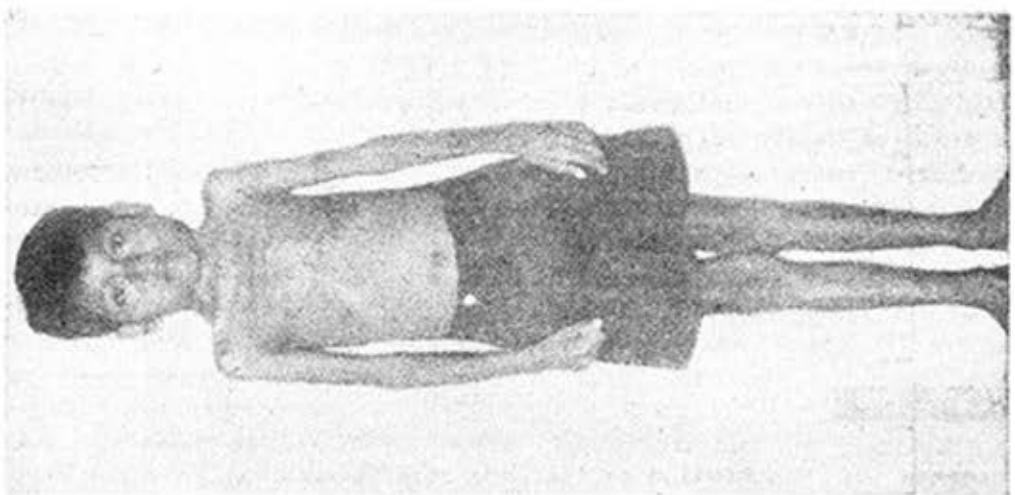




Figura 3. Adenopatias ulceradas y fistulizadas en regiones cervical y submaxilar.

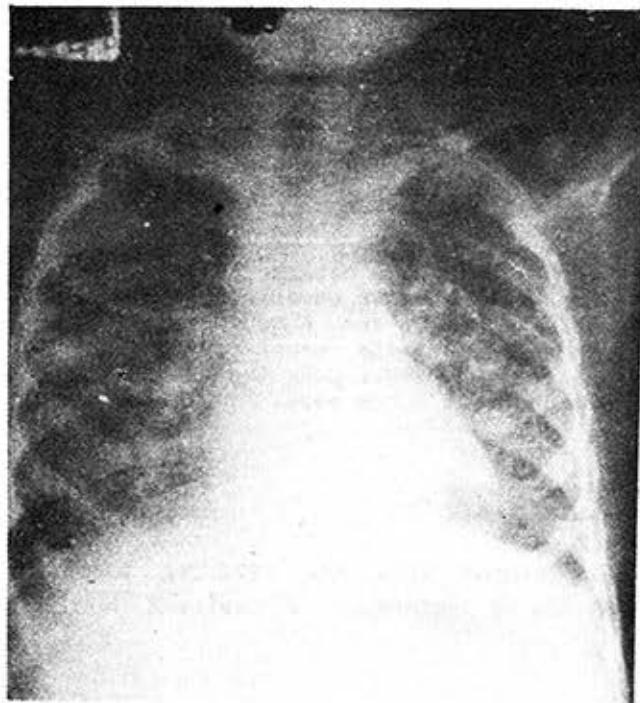


Figura 4. Radiografia del tórax, donde se observa imagen característica de una tuberculosis miliar.

los ganglios cervicales ulcerados y fistulizados y el resultado de los exámenes de laboratorio y radiográficos realizados. Consideramos como otros autores, que los factores del huésped desempeñan un importante papel en el desarrollo de la enfermedad, que favorece una amplia difusión linfohematogena,⁴⁻⁶ como observamos en nuestro paciente, un niño de una comunidad amerindia, que a punto de partida de una lesión pulmonar primaria, desarrolló la toma de los ganglios linfáticos cervicales.

Nuestro paciente fue tratado con drogas antituberculosas convencionales y presentó una rápida respuesta, lo cual confirma el diagnóstico, pues como se ha señalado por otros autores, una respuesta inadecuada al tratamiento médico puede ser motivo de sospecha de que la linfoadenitis es producida por otras micobacterias, la mayoría de las cuales no responden al tratamiento antituberculoso habitual.

CONCLUSIONES

Consideramos importante señalar lo apuntado por otros autores y corroborado en nuestro paciente, sobre la importancia de la realización de la prueba de Mantoux, cultivo y biopsia de los ganglios cervicales afectados y control radiográfico pulmonar para el diagnóstico positivo de esta entidad, en la cual no debe dejarse de pensar en aquellos países donde aún la tuberculosis bovina está presente.^{5,7,8}

SUMMARY

An uncommon case of cervical tuberculous lymphadenitis or scrofula, treated by the authors during the fulfilment of an internationalist mission in the Cooperative Republic of Guyana, is presented, since in our environment is almost impossible the onset of such disease because of the existing control for bovine diseases. This case can be interesting, mainly, for our young physicians, who did not live such experiences in our country.

RESUME

Il s'agit d'un cas peu fréquent de lymphadénite tuberculeuse cervicale ou scrofule, traité par les auteurs quand ils étaient en mission internationale dans la République Coopérative de Guyane. A Cuba, il est presque improbable son apparition, étant donné le contrôle existant des maladies des bovins; ce cas peut être d'intérêt fondamental pour les jeunes médecins cubains qui n'ont pas vécu ces expériences à notre pays.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CECIL-LOEB. Tratado de Medicina Interna. 13ra. ed., 1972. Pp. 634-636.
2. ELLIS, C. G.: The King's evil. A case of scrofula. J Postgrad Med 225: 1519. Oct. 1981.

3. PACK, W. H.: C. KRUNWEED JR.: The relative importance of the bovine and human types of tubercle bacilli in the different forms of human tuberculosis. *Am J Pathol* 23: 205-208, 1980.
4. STERLING, G. M. MD: Respiratory disease. William Heineman Medical Book Ltd. London, 1983. Pp. 119-125.
5. MATTHEW, R.; M. D. WEIR: Extrapulmonary tuberculosis. Experience of a community hospital and review of literature. *Am J Med* 79 (4): 467-477, Oct. 1985.
6. Tuberculosis. The MERCK Manual. Fourteenth Edition, 1982. Pp. 127-134.
7. KNIGHT, P. J.: A. F. MULNE; L. E. VASSY: When is lymph node biopsy indicated in children with enlarged nodes? *Pediatrics* 69: 391-396, 1982.
8. PRESSICK, F. H.: A. M. MASSON: Cervical Lymphadenitis in children caused by chromogenic mycobacteria. *Can Med Assoc J* 75: 798-803, 1983.

Recibido: 5 de octubre de 1988. Aprobado: 11 de noviembre de 1988.

Dr. Arbelid Primelles Diaz. 3er. 12 plantas, apto. a-3, reparto Julio Antonio Mella, Camagüey 6, Apartado 70100, Cuba.