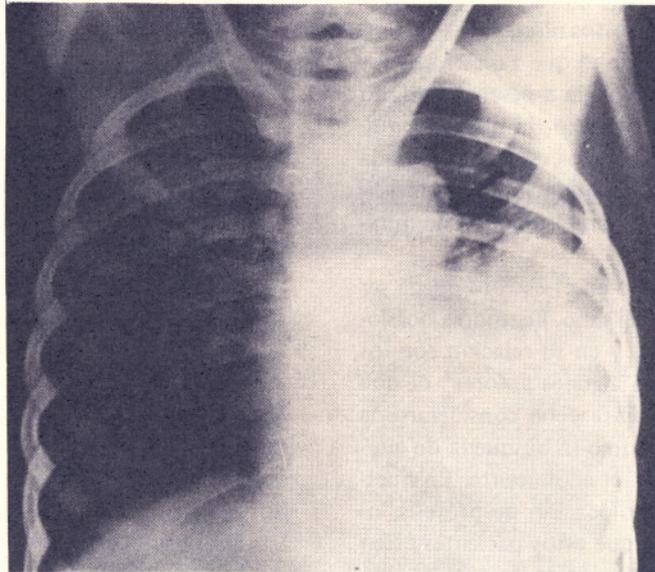


SECCION RADIOGRAFICA Y TOMOGRAFICA

TUBERCULOSIS GANGLIONAR EN ENFERMOS PEDIATRICOS:
EXPERIENCIA DE NUEVE AÑOS EN LA CLINICA INFANTIL DR. ROBERT REID CABRAL

- * Dr. Rubén Darío Pimentel
- ** Dra. Matilde Franco
- *** Dr. Onidio Mejía M.
- *** Dr. Juan M. Frías R.
- **** Dra. Xiomara Paniagua D.



INTRODUCCION

La infección o inflamación crónica va frecuentemente acompañada de hiperplasia de los ganglios linfáticos.¹ Las infecciones tuberculosas suelen originar una linfadenopatía

- (*) Post grado de Pediatría. Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Santo Domingo, Rep. Dominicana.
- (**) Médico ayudante de Clínica Pediátrica. Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Santo Domingo, Rep. Dominicana.
- (***) Pediatra. Director Subcentro Villa Duarte. Santo Domingo, Rep. Dominicana.
- (****) Médico general.

regional.² La participación ganglionar más común de la TB es de los ganglios hiliares (Fig. 1) que drenan un pulmón afectado con una infección primaria.³ Sin embargo, la adenitis cervical es la complicación más frecuente de la TB primaria en los niños.⁴

Los gérmenes son atrapados en los nódulos, donde se produce un granuloma y una necrosis caseosa.⁵ Los nódulos afectados son duros, indoloros y frecuentemente adheridos a los tejidos adyacentes.⁶

Este microorganismo es infrecuente en países industrializados^{1,4,7} donde la linfadenopatía crónica es más a menudo producida por una infección a gérmenes acidorre-sistentes atípicos; siendo todo lo contrario en los países subdesarrollados.⁷

De ahí que nos planteamos presentar los aspectos más

importantes de la participación ganglionar de la TB en niños.

MATERIAL Y METODO

Del 1ro. de enero de 1975 al 31 de diciembre de 1984 fueron analizados los datos transcritos en los libros del Departamento de Histopatología de la Clínica Infantil Dr. Robert Reid Cabral, Santo Domingo, República Dominicana, tabulando los concernientes a diagnóstico y analizando los correspondientes a TB ganglionar en menores de 15 años, con respecto a sexo, localización, antecedentes epidemiológicos de contactos e inmunizaciones y medios diagnósticos; presentando los resultados según los métodos estadísticos convencionales.

El criterio que se llevó a cabo para el diagnóstico de la TB consistió en: 1) antecedentes epidemiológicos de contactos, evolución de la enfermedad y vacunación, 2) PPD de 10 mm o más de induración, 3) cuadro clínico sugestivo, 4) biopsia ganglionar positiva y 5) radiografía de tórax anormal o sugestiva.

RESULTADOS

Obsérvese en la figura 2 la distribución por año de los 48 casos de TB ganglionar diagnosticados en el departa-

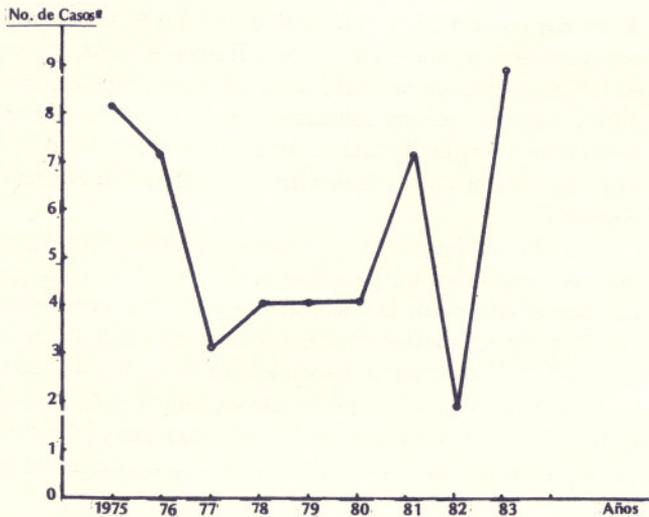


FIG. No. 2. Tuberculosis ganglionar según año (1975-1983). Clínica Infantil Dr. Robert Reid Cabral.

mento de Histopatología de la Clínica Infantil Dr. Robert Reid Cabral.

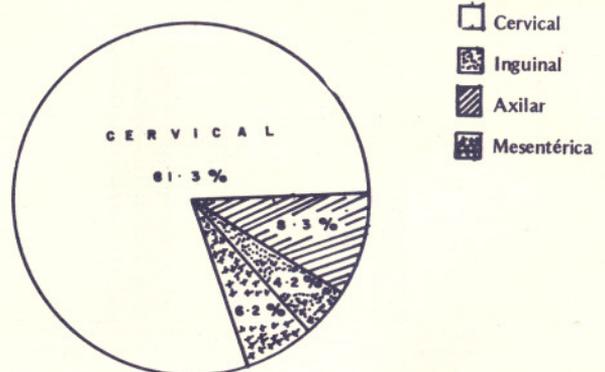
No hubo diferencia significativa con relación al sexo, evidenciándose con mayor frecuencia entre los tres y ocho años de edad (cuadro 1).

**Cuadro 1
TUBERCULOSIS GLANDULAR
SEGUN EDAD Y SEXO**

EDAD (AÑOS)	SEXO	
	FEMENINO	MASCULINO
≤ 2	2	3
3 - 4	4	7
5 - 6	7	5
7 - 8	2	4
9 - 10	0	1
11 - 12	4	4
13 - 14	4	1
TOTAL	23	25

La localización cervical fue la más común 39 (81.3%). Siendo 25 (59.0%) bilateral y 16 (41.0%) unilateral. De estas últimas, 12 (75.0%) derechas y 4 (25.0%) izquierdas (Fig. 3).

**Figura No. 3
TUBERCULOSIS SEGUN GANGLIOS
AFECTADOS**



En la figura 4 se notan los diferentes medios empleados para diagnosticar los niños con TB. En 17 (35.4%) niños había un foco primario pulmonar, mientras que en el resto, 31 (64.6%) no se objetivizó el mismo.

El antecedente epidemiológico de contacto con TB fue comprobado en 15 (31.3%). En relación con el antecedente inmunológico de aplicación de BCG, sólo en 18 (37.5%) de los enfermos fue administrada (Fig. 5).

Figura 4
TUBERCULOSIS GANGLIONAR, SEGUN METODOS DIAGNOSTICOS

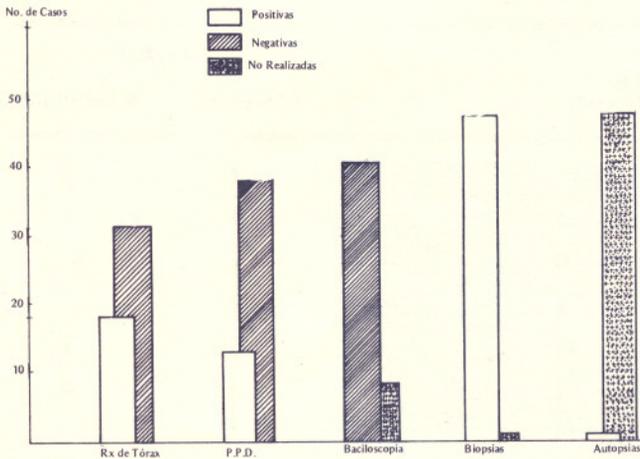
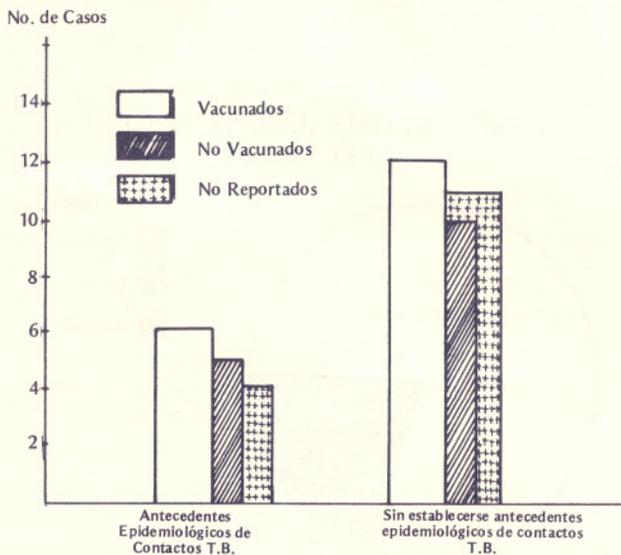


Figura 5
T.B. GANGLIONAR, SEGUN ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS DE CONTACTOS Y VACUNACION B.C.G.



DISCUSION

La afectación de los ganglios linfáticos por el Mycobacterium Tuberculosis no es frecuente en países industrializados,¹⁻⁴⁻⁷ pero sí en los subdesarrollados.⁹ En nuestro hospital pediátrico, la linfadenopatía tuberculosa ocupa el primer lugar dentro de las patologías crónicas.⁸

El predominio de la entidad en las edades preescolar y escolar y la localización inicial de las adenopatías en cuello, como primera manifestación de la TB ganglionar, han sido previamente analizadas, y los resultados son similares a los publicados en otras series.¹⁻⁵⁻⁶

La adenopatía cervical bilateral 59.0% fue la más frecuente en los casos revisados. Miller,¹⁰ en un estudio de 167 niños con TB, refiere localización cervical bilateral en 92 niños 55.1%; otros autores¹⁻⁴⁻⁶ comunican cifras similares. Por otro lado, Pimentel¹¹ reporta adenopatía cervical unilateral en 57.9% de niños con Enfermedad de Hodking (EH). De ahí que la adenitis cervical bilateral arguye TB; en cambio, cuando es unilateral, EH.

En relación con el antecedente epidemiológico de aplicación BCG, sólo 37.5% lo recibió, lo que demuestra la poca cobertura de ésta en nuestra población infantil. Es importante destacar que no obstante haber recibido la BCG, estos niños padecieron la enfermedad, sugiriendo falta de protección de ésta en la TB. Varias investigaciones¹²⁻¹⁵ reportan resultados dudosos acerca de la utilidad de la BCG, coincidiendo en que ésta no va a erradicar la TB si se utiliza aislada del resto de las medidas de lucha antituberculosa.

En no más de la mitad de los casos de linfadenitis TB no se descubre foco primario pulmonar;¹⁻⁶⁻¹⁰ en este sentido hemos coincidido, ya que sólo en 35.4% de los casos se demostró lesión pulmonar radiográficamente, como vemos en la figura 1 donde se revela infiltrado pulmonar izquierdo difuso, derrame pleural tabicado, tenues cavernas. A nivel paratraqueal izquierdo existe imagen de masa de partes blandas voluminosas, debiéndose considerar adenopatía gigante.

La biopsia del ganglio constituyó el medio diagnóstico más importante en los pacientes con TB de nuestro hospital; por el contrario, la baciloscopia y el PPD no tuvieron significación relevante para conocer la enfermedad. Diversos autores³⁻⁷⁻⁹⁻¹⁴ refieren la marcada falta de positividad de la baciloscopia en niños coincidiendo en que la malnutrición es un factor determinante en la negativización de los PPD de niños TB por las deficiencias inmunológicas presentes en ellos.

RESUMEN

Se presenta la participación ganglionar de la Tubercu-

losis (TB) en niños, destacándose la importancia de la localización y de la biopsia para su diagnóstico y descartándose la BCG sola en la profilaxis de esta enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

1. Nelson WE; Vaughan III VC; MacKay RJ: Tratado de Pediatría. 6ta. ed. España: Salvat Editores, 1978: 598-616.
2. Tanka LY, Trefny J: La lucha contra la tuberculosis y sus perspectivas en Checoslovaquia. Bol. de la UICT. 1981; 56 (1-2): 5-10.
3. Kumate J y Gonzalo G: Manual de Infectología. 1ra. ed. México: 1980: 728-730.
4. Petersdorf RG, Adams RD, Braunwald E, Isselbacher J, Martín JB, Wilson JD: Harrisons' Principles of Internal Medicine. 10th., ed. USA: McGraw-Hill Book Company, 1983: 1019-1029.
5. Robbins SL: Patología estructural y funcional. 1ra. ed. México: Nueva Editorial Interamericana, 1975: 400-407.
6. Reveva MV et al: Tuberculosis ganglionar y ósea. Informe de un caso con localización poco común. Guatemala Ped. 1983; 5(4): 322-328.
7. Waale HT: Tuberculosis y desarrollo socioeconómico. Bol. de la UICT 1982; 57 (3-4): 207-211.
8. Archivo del Departamento de Histopatología. Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. 1985.
9. NC Paul DR: Problemas y perspectivas de los programas nacionales de lucha contra la tuberculosis en los países en desarrollo. Bol. de la UICT. 1983; 58 (3-4): 187-191.
10. Miller FJW: Metastitic tuberculous abscesses. Arch. Dis. Child. 1970; 30: 169-176.
11. Pimentel RD et Al: Experiencia sobre enfermedad de Hodking en la Clínica Infantil Dr. Robert Reid Cabral. 1985; 21(2): 67-69.
12. Styblo K: La situación epidemiológica de la tuberculosis y el impacto de las medidas de lucha antituberculosa. Bol. de la UICT. 1983; 58 (3-4): 179-186.
13. De March-Ayuela P: Medio siglo de vacunación. BCG. Una revisión crítica. Rev. Ci. Esp. 1978; 15†: 469-478.
14. Mitinskaya LA: Problemas que se plantean en la prevención de la TB con vacuna BCG. Bol. UICT 1982; 57(1): 240-248.
15. Pimentel RD et Al: Tuberculosis y vacunación BCG en enfermos pediátricos: La experiencia del Dispensario Infantil Antituberculoso Santo Socorro. Bol. de la UICT. 1985; 60 (1): 5-7.