

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v66i6.8215>

## Linfadenitis tuberculosa o escrófula o tuberculosis colicuativa en Ecuador

### *Tuberculous lymphadenitis or scrofula or colliquative tuberculosis in Ecuador.*

Manuel Calvopiña, Eduardo Vásconez-González, Freddy Torres, Alejandra Barreto

#### Resumen

**ANTECEDENTES:** La linfadenitis tuberculosa o escrófula, llamada también tuberculosis colicuativa, causada por *Mycobacterium tuberculosis* es la forma clínica más común de tuberculosis extrapulmonar. Sin embargo, en la actualidad es de rara ocurrencia y no existen reportes en Ecuador.

**CASO CLÍNICO:** Paciente femenina de 75 años con dos años de evolución de adenopatías en el cuello que se abscedaban y drenaban espontáneamente, dejando cicatrices. En el aspirado de uno de los ganglios se observaron bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR) por la técnica de Ziehl-Neelsen, por lo que se inició tratamiento con pirazinamida, isoniazida, rifampicina y etambutol durante seis meses. En controles posteriores se observó cierre de las fístulas y aplanamiento de los ganglios, con lo que se determinó curación clínica.

**CONCLUSIONES:** Al ser ésta una manifestación clínica rara de la infección por *M. tuberculosis* es importante su publicación para alertar al personal sanitario, a fin de llegar a su diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.

**PALABRAS CLAVE:** Linfadenitis tuberculosa; escrófula; *Mycobacterium tuberculosis*; Ecuador.

#### Abstract

**BACKGROUND:** Tuberculous lymphadenitis or scrofula, also called colliquative tuberculosis, caused by *Mycobacterium tuberculosis* is the most common clinical form of extrapulmonary tuberculosis. However, at present it is of rare occurrence and there are no reports in Ecuador.

**CLINICAL CASE:** A 75-year-old female patient with 2 years of evolution of adenopathies in the neck, which abscessed and drained spontaneously, leaving scars. Acid-alcohol bacilli (BAAR) was observed in the aspirate of one of the lymph nodes by the Ziehl-Neelsen technique, initiating treatment with pyrazinamide, isoniazid, rifampicin, and ethambutol for six months. In subsequent controls, fistula closed and flattening of the lymph nodes were observed, and clinical cure was determined.

**CONCLUSIONS:** Since this is a rare clinical presentation of *M. tuberculosis* infection, its publication is important to alert health workers, for its early diagnosis and timely treatment.

**KEYWORDS:** Tuberculous lymphadenitis; Scrofula; *Mycobacterium tuberculosis*; Ecuador.

One Health Research Group, Facultad de Medicina, Universidad de las Américas (UDLA), Quito, Ecuador.

**Recibido:** enero 2022

**Aceptado:** enero 2022

#### Correspondencia

Manuel Calvopiña  
manuelcalvopina@gmail.com  
manuel.calvopina@udla.edu.ec

**Este artículo debe citarse como:** Calvopiña M, Vásconez-González E, Torres F, Barreto A. Linfadenitis tuberculosa o escrófula o tuberculosis colicuativa en Ecuador. Dermatol Rev Mex 2022; 66 (6): 731-735.

## ANTECEDENTES

*Mycobacterium tuberculosis* es un bacilo ácido-alcohol resistente (BAAR) cuyo único reservorio son los humanos, ocasionando enfermedad pulmonar y extrapulmonar. La tuberculosis pulmonar es la afección más común, su transmisión es de persona a persona por medio de aerosoles que contienen el bacilo,<sup>1-4</sup> mientras que las formas extrapulmonares son autoinfecciones y comprenden la linfadenitis o escrófula, la escrofuloderma y lupus vulgaris que son las formas clínicas más comunes de tuberculosis cutánea; además, incluyen la renal, meningoencefálica, ósea, testicular y hepática.<sup>5-8</sup> La escrófula es la forma más común de las extrapulmonares, de las cuales el 90% es causado por *M. tuberculosis* y el 10% por *Mycobacterium* no tuberculoso, como *M. scrofulaceum* y *M. avium*, estos dos últimos son adquiridos por traumatismo accidental o quirúrgico o implantes de biomateriales; el principal reservorio de *M. scrofulaceum* es el ambiente (agua, suelo y polvo).<sup>9,10</sup> En el Ecuador, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) para el año 2017 registró 124 casos de tuberculosis extrapulmonar, de los que 73 fueron hombres y 51 mujeres, sin especificar el sitio anatómico de infección ni el agente etiológico.<sup>4</sup>

La linfadenitis tuberculosa por *M. tuberculosis* se caracteriza por adenopatías que afectan comúnmente los ganglios del borde superior del músculo esternocleidomastoideo y la fosa supraclavicular, son indoloras, de consistencia firme, pueden llegar a tener una coloración roja o violácea y, por lo general, son unilaterales, aunque en pacientes VIH positivos pueden ser bilaterales; en raros casos puede tener síntomas acompañantes, como fiebre y pérdida de peso.<sup>1,11</sup>

El diagnóstico microbiológico de la escrófula se establece mediante la detección de *M. tuberculosis* en muestras tomadas por punción-aspirado con aguja fina o mediante una biopsia por esci-

sión y posteriormente realizando baciloscopia con la observación del microorganismo.<sup>11,12</sup> En la histopatología se observa reacción granulomatosa crónica con un infiltrado mononuclear predominante, acumulación de histiocitos epitelioides y células de Langhans, con necrosis caseosa en su centro. Sin embargo, no concluye una infección tuberculosa, resultados similares podrían ser por micosis subcutáneas, lepra y sífilis.<sup>13</sup> Las pruebas diagnósticas en sangre, como QuantiFERON®-TB Gold en tubo (QFT-GIT) basada en la liberación de IFN- $\gamma$  (IGRA, por sus siglas en inglés) y la T-SPOT.TB basada en la respuesta inmunitaria mediada por células T ligada a enzimas (ELISPOT) pueden realizarse para evitar reacciones inespecíficas, como ocurren al PPD. Además, se han desarrollado pruebas moleculares basadas en la detección de ADN.<sup>14</sup> Sin embargo, su alto costo y no disponibilidad limitan su uso en países en vías de desarrollo.

En el Ecuador, las guías de práctica clínica del Ministerio de Salud Pública (MSP) recomiendan cuatro fármacos para el tratamiento de tuberculosis pulmonar y extrapulmonar: isoniazida (H) 5-15 mg/kg, rifampicina (R) 10-20 mg/kg, pirazinamida (Z) 20-30 mg/kg y etambutol (E) 15-20 mg/kg; la duración del tratamiento depende del esquema de manejo; el esquema 2HRZE/4HR se administra 6 meses y el esquema HRZE, 9 meses.<sup>15</sup>

Comunicamos el caso de una mujer adulta mayor con adenopatías cervicales abscedas que a la tinción de Ziehl-Neelsen se observaron bacilos alcohol-ácido resistentes, tratada con esquema antituberculosis de cuatro fármacos durante seis meses con lo que se obtuvo curación clínica, sin reactivación a los 12 meses de control.

## CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 75 años, de ocupación monja, que residía en un convento en Quito,

Ecuador, no refirió viajes fuera del convento o al mar; estaba en tratamiento con enalapril por hipertensión arterial esencial. Acudió al servicio de medicina interna de un hospital de Quito por padecer un cuadro de 2 años de evolución de agrandamiento de los ganglios a nivel cervical, que después de cierto tiempo de haber crecido se abscedaban y drenaban espontáneamente, dejando una cicatriz en el lugar en el que aparecían. Al examen físico no mostró síntomas respiratorios, murmullo vesicular presente y campos pulmonares limpios. En la región cervical derecha, concordando con la cadena ganglionar cervical superficial, se observó una cicatriz de 1 cm de diámetro y un ganglio de 2 cm de diámetro (**Figura 1**).



**Figura 1.** Sinus y cicatrices a nivel de la cadena ganglionar cervical producto de ganglios abscedados y linfadenopatías de la cadena ganglionar cervical superficial y profunda, no dolorosas a la palpación, no adheridas a planos profundos, de consistencia firme, superficie regular, de color violáceo.

Además, en la clavícula derecha, cerca de la escotadura clavicular, se reconoció un ganglio de 1 cm de diámetro, infartado con secreción caseosa (**Figura 2**). A la palpación los ganglios eran indoloros, no estaban adheridos a planos profundos, eran de superficie regular, de color violáceo y de consistencia firme.

En la radiografía anteroposterior de tórax se visualizó un granuloma calcificado en el ápice pulmonar derecho. A la punción-aspirado del ganglio supraclavicular derecho se obtuvo material purulento-caseoso que fue positivo para BAAR con la coloración de Ziehl-Neelsen, por lo que ya no fue necesario realizar biopsia. Se inició tratamiento antituberculosis de acuerdo con las



**Figura 2.** Visión cercana de la linfadenopatía abscedada, firme, no dolorosa, localizada sobre la clavícula derecha de la que se realizó la punción y se obtuvo material caseoso y la observación del bacilo ácido-alcohol resistente (BAAR).

recomendaciones del MSP con Rimstar<sup>®</sup>, cada comprimido contiene 150 mg de rifampicina, 75 mg de isoniazida, 400 mg de pirazinamida y 275 mg de etambutol; después de dos semanas de tratamiento se observó disminución del tamaño de los ganglios, por lo que la paciente recibió el alta hospitalaria para continuar controles por consulta externa hasta los 12 meses. La dirección del hospital y la paciente firmaron el consentimiento respectivo para la publicación de este caso anonimizando los datos de identificación de la paciente.

## DISCUSIÓN

Hasta donde revisamos las publicaciones, éste es el primer caso documentado en el Ecuador de escrófula causado por *M. tuberculosis*. Un caso reciente de adenopatías generalizada en el cuello, el tórax, el abdomen y la región inguinal se reportó en un niño de 10 años procedente de las Islas Galápagos, Ecuador, causado por *M. scrofulaceum* luego de haber sufrido traumatismo local, con erosiones que entraron en contacto con el agua de mar.<sup>16</sup> Según el INEC en 2017 se registraron 124 casos de tuberculosis extrapulmonar con predominio en el sexo masculino (58.9%), pero sin especificar la forma clínica, agente etiológico, ni cómo fueron tratados los pacientes y cuál fue su evolución.<sup>4</sup> Las formas extrapulmonares causadas por *M. tuberculosis* son producto de la diseminación del bacilo por vía linfática o hemática desde el foco primario pulmonar y generalmente se diseminan por desnutrición, inmunosupresión y vejez.<sup>11</sup> En nuestro caso, la paciente no refirió haber manifestado síntomas respiratorios ni diagnóstico anterior de tuberculosis pulmonar, pero en la radiografía de tórax se observó un granuloma calcificado en el ápice pulmonar derecho, probablemente debido a una infección tuberculosa primaria. Creemos que ahora, por la vejez de la paciente, la infección primaria se reactivó y el bacilo se diseminó a los ganglios linfáticos del cuello, manifestando los síntomas descritos de escrófula.

Las formas extrapulmonares de tuberculosis, entre ellas la escrófula, son en general de diagnóstico tardío,<sup>17</sup> como sucedió en este caso que, luego de 2 años de evolución, se realizó la punción y la observación del BAAR; una de las principales razones es el desconocimiento de la causa tuberculosa por la rareza de los casos. De acuerdo con recomendaciones internacionales, la escrófula se diagnostica mediante la detección de *M. tuberculosis* tras la realización de una punción de las adenopatías.<sup>6</sup> Los hallazgos histológicos observados en la histopatología pueden ser inespecíficos, ya que son similares a los de micosis subcutáneas y sífilis. El diagnóstico definitivo requiere la observación del microorganismo.<sup>13</sup> Otros bacilos, como *M. scrofulaceum* y *M. avium*, son patógenos raros que pueden ocasionar linfadenopatías, estos patógenos tienen baja prevalencia en países en vías de desarrollo, a diferencia de los países del primer mundo y sólo pueden diferenciarse por métodos bioquímicos, moleculares o ambos; además, éstos son adquiridos por traumatismo accidental o quirúrgico o implantes de biomateriales.<sup>17</sup> Esto puede evidenciarse en el caso ocurrido en las Islas Galápagos, el cual, por traumatismo en la rodilla izquierda, entró en contacto con el agua de mar y se contagió por *M. scrofulaceum*.<sup>16</sup>

Este caso de escrófula tuberculosa se manifestó con adenopatías ulceradas, fistulizadas y la existencia de ganglios indurados e indoloros, como se describen otros casos con la manifestación de adenopatías firmes y no dolorosas que ocasionalmente supuran.<sup>6,7,10</sup> Con la administración del esquema de tratamiento farmacológico de cuatro drogas y durante seis meses, recomendado por el MSP, al finalizar el tratamiento se consiguió la curación de los ganglios y el cierre de las fístulas sin necesidad de repetir el tratamiento o aumentar fármacos, como recomiendan las guías del MSP en casos de resistencia microbiana.<sup>15</sup> A 12 meses de seguimiento no hubo reactivación.

## CONCLUSIONES

La escrófula en la actualidad es de rara ocurrencia en todo el mundo y el primer reporte en Ecuador, por tanto, reportamos este caso único en una adulta mayor que residía en un lugar cerrado y que probablemente adquirió la enfermedad pulmonar en su niñez, con lesiones y localización típicas, diagnosticadas con coloración de Ziehl-Neelsen y tratada satisfactoriamente con los fármacos antifímicos recomendados universalmente.

## Financiamiento

Dirección General de Investigaciones y Vinculación, Universidad de las Américas, Quito, Ecuador.

## Agradecimientos

A la paciente y a la dirección del hospital por autorizar la publicación de este caso.

## REFERENCIAS

1. Fitzgerald DW, Mandell, Douglas y Bennett. Enfermedades infecciosas. Principios y práctica [Internet]. Octava edición. Barcelona-España: Elsevier; 2016.
2. WHO. Tuberculosis Organización Mundial de la Salud. 2018 [citado 16 de abril de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>.
3. Ministerio de Salud de la Nación de Argentina. Enfermedades Infecciosas Tuberculosis Guía para el Equipo de Salud [Internet]. 2009 [citado 16 de abril de 2019]. Disponible en: [http://www.msal.gob.ar/images/stories/epidemiologia/pdf/guia\\_tuberculosis.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/epidemiologia/pdf/guia_tuberculosis.pdf)
4. Redatam: ECLAC/CELADE - R+SP WebServer [Internet]. 2017 [citado 30 de abril de 2019]. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitales/>.
5. Dheda K, Barry CE, Maartens G. Tuberculosis. Lancet 2016; 387(10024): 1211-26. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00151-8.
6. Carvajal B. Linfadenitis cervical primaria fistulizada de etiología tuberculosa (escrófula): importancia clínica y diagnóstico diferencial. Mapfre medicina 2006; 17 (4): 287.
7. López P, Elena M. Escrófula, forma frecuente de tuberculosis extrapulmonar. Presentación de un caso. Revista Habanera de Ciencias Médicas 2017; 16 (3): 387-94.
8. Concha RM, Fich SF, Rabagliati BR, Pinto SC, Rubio LR, Navea DÓ, et al. Tuberculosis cutánea: reporte de dos casos y revisión de la literatura. Rev Chilena Infectol 2011; 28 (3): 262-8.
9. Sharawat IK, Dawman L. Scrofula. J Pediatr 2017; 189: 236. DOI: 10.1016/j.jpeds.2017.06.012.
10. Jasim H, Abdullah AA, Abdulmageed MU. Tuberculous lymphadenitis in Baghdad city: A review of 188 cases. Int J Surgery Open 2019; 16: 40-7. DOI: 10.1016/j.ijso.2018.12.001.
11. Elsevier Point of Care. Tuberculous lymphadenitis- ClinicalKey [Internet]. ClinicalKey 2018 [citado 17 de abril de 2019]. Disponible en: [https://www.clinicalkey-es.bibliotecavirtual.udla.edu.ec/#!/content/clinical\\_overview/67-s2.0-6fe4787c-9cad-45f9-b30f-ea2bdedb5ed3](https://www.clinicalkey-es.bibliotecavirtual.udla.edu.ec/#!/content/clinical_overview/67-s2.0-6fe4787c-9cad-45f9-b30f-ea2bdedb5ed3).
12. Martínez AE, Mateos RF, Blanch-Sancho JJ, Salinas-Botrán A, García-Sánchez M. Tuberculosis extrapulmonar. Formas clínicas. Medicine 2010; 10 (56): 3820-9. DOI: 10.1016/S0304-5412(10)70120-7.
13. Barbagallo J, Tager P, Ingleton R, Hirsch R, Weinberg J. Cutaneous tuberculosis: Diagnosis and treatment. Am J Clin Dermatol 2002; 38: 319-28.
14. López-Romero W, Flores-Valdez M, Camacho-Villegas TA. Métodos actuales empleados para el diagnóstico de tuberculosis y su eficacia en diversos entornos clínicos. Rev Sal Jal 2019.
15. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis. Guía de Práctica Clínica [Internet]. 2018 [citado 27 de abril de 2019]. Disponible en: [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/03/GP\\_Tuberculosis-1.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/03/GP_Tuberculosis-1.pdf).
16. Nasre-Nasser R, Muñoz-López G. Infección por *Mycobacterium scrofulaceum* en un niño de las Islas Galápagos, Ecuador. Rev Chilena Infectol 2018; 35 (6): 705-9. DOI: 10.4067/S0716-10182018000600705,
17. Ruiz-López FJ, Zarauz-García JM, Ortiz-Romero MM, Valero-Martínez JR, Peñalver-Mellado C, Sánchez-Gascón F, et al. Tuberculosis en la comarca de Lorca: adaptarse o resistir. Ann Med Interna (Madrid) 2006; 23 (7).