



Tuberculosis de la glándula submaxilar

RESUMEN

La tuberculosis de las glándulas salivales suele afectar con más frecuencia la parótida en su forma de manifestación primaria (sin foco sistémico); sin embargo, la tuberculosis secundaria suele afectar con más frecuencia las glándulas submaxilares y sublinguales. Se comunica el caso de un paciente de 43 años de edad que acudió a consulta por tener un tumor inflamatorio en la región submaxilar izquierda de tres meses de evolución. A la exploración se evidenció un tumor submaxilar, indurado, móvil, no adherido a planos profundos de 3 x 3 cm. Se realizó prueba de Mantoux, que resultó positiva con halo de 18 mm, se decidió realizar submaxilectomía; el estudio histológico evidenció glándula submaxilar y ganglios linfáticos con arquitectura distorsionada a expensas de múltiples granulomas con extensas áreas de necrosis, la tinción de Ziehl-Neelsen fue positiva (presencia de BAAR). El paciente recibió quimioterapia antituberculosa complementaria con cuatro fármacos con lo que remitió el cuadro. A pesar de ser una forma de manifestación muy poco frecuente, es importante sospechar la tuberculosis de la glándula submaxilar en los pacientes con afectación en este sitio, de evolución larvada, que hayan tenido contacto con personas infectadas o cuadros de inmunosupresión, a fin de llegar al diagnóstico preciso y prescribir el tratamiento adecuado.

Palabras clave: tuberculosis, glándulas salivales, glándula submaxilar.

Carlos Miguel Chiesa-Estomba¹
Ana Sofía Araujo-da Costa¹
Teresa Rivera-Schmitz¹
María Jesús González-Cortés²

¹ Residente de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello.

² Médico adjunto.

Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, España.

Tuberculosis of Submandibular Gland

ABSTRACT

The salivary gland tuberculosis usually affects the parotid gland in their primary form (without systemic focus); however, secondary tuberculosis usually affects most often the submandibular and sublingual glands. This paper reports the case of a 43-year-old patient who presented with an inflammatory mass in the left submandibular region about three months of duration. On examination we evidenced submandibular tumor, indurated, mobile, and not adhered to deep planes with a size of 1.2 x 1.2 inches. The Mantoux test was positive with a halo of 18 mm. It was decided to perform a submaxillectomy, the histological study showed a submandibular gland and lymph nodes with distorted architecture at the expense of multiple granulomas with extensive areas of necrosis, Ziehl-Neelsen stain was positive (presence of BAAR). The patient needed an additional anti-tuberculosis chemotherapy with four drugs which achieved remission. Despite being a very rare form of presentation, it is important to suspect tuberculosis of submandibular gland in those patients with involvement at this level of latent evolution with a history of contact with infected people or immunosuppression, in order to reach an accurate diagnosis and apply the appropriate treatment.

Key words: tuberculosis, salivary gland, submandibular gland.

Recibido: 7 de febrero 2014

Aceptado: 24 de abril 2014

Correspondencia: Dr. Carlos Chiesa
Rúa Pizarro 36, 5to A
36204 Vigo, España
chiesaestomba86@gmail.com

Este artículo debe citarse como

Chiesa-Estomba CM, Araujo-da Costa AS, Rivera-Schmitz T, González-Cortés MJ. Tuberculosis de la glándula submaxilar. An OrL Mex 2014;59:209-212.

ANTECEDENTES

La tuberculosis es una de las enfermedades infecciosas con mayor repunte en los últimos años; se estima que incluso 20% de las formas de manifestación son extrapulmonares y de éstas 10% afecta el área de la cabeza y el cuello.¹

La tuberculosis de las glándulas salivales suele afectar con más frecuencia la parótida en su forma de manifestación primaria (sin foco sistémico); sin embargo, la tuberculosis secundaria suele afectar con más frecuencia las glándulas submaxilares y sublinguales.²

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 43 años de edad que acudió por padecer un tumor inflamatorio en la región submaxilar izquierda, de tres meses de evolución aproximadamente, que había aumentado de tamaño progresivamente. El paciente negó dolor, rubor o calor en la zona y refirió un cuadro de otalgia refleja ipsilateral. Negó que el tumor produjera dolor al comer y no había tenido episodios de fiebre. Como antecedente de interés refirió haber cuidado a un tío que padecía tuberculosis pulmonar seis meses antes.

A la exploración se evidenció como único hallazgo un tumor en la región submaxilar, indurado, móvil, no adherido a planos profundos, de 3 x 3 cm, acompañado de adenopatías en las regiones III, IV y V.

Debido al antecedente de contacto se decidió realizar la prueba de Mantoux que resultó positiva con halo de 18 mm. Se realizaron estudios serológicos que resultaron negativos. La tomografía computada cervical mostró probable enfermedad granulomatosa ganglionar cervical, la primera posibilidad fue tuberculosis cervical con diagnóstico diferencial con enfermedad metastásica, sarcoidosis y amiloidosis, por lo que se aconsejó realizar estudio histológico (Figura 1). La punción

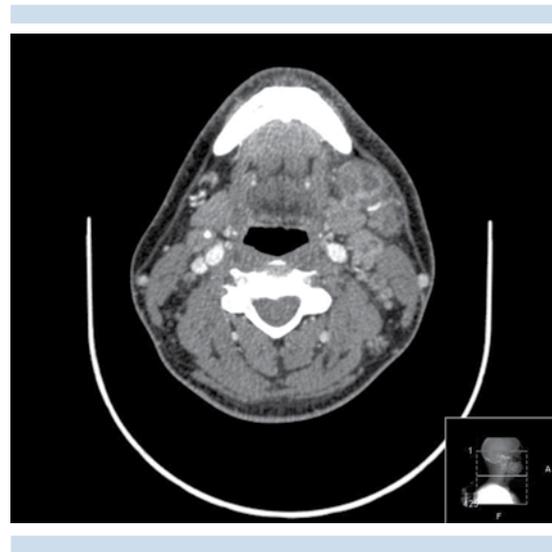


Figura 1. Tomografía computada cervical en proyección axial que evidencia la desestructuración de la glándula submaxilar secundaria a la infección tuberculosa.

por aspiración con aguja fina no evidenció criterios citológicos de inflamación granulomatosa ni rasgos concluyentes de malignidad. No obstante, la monotonía en la población linfocitaria obtenida obligó a descartar un proceso linfoproliferativo de bajo grado, por lo que se recomendó estudio histológico de la pieza y de un ganglio.

A fin de realizar el diagnóstico definitivo se realizó biopsia intraoperatoria que fue negativa y se procedió a realizar submaxilectomía con exéresis de los ganglios afectados. El estudio histológico reportó: glándula submaxilar y ganglios linfáticos con arquitectura distorsionada a expensas de múltiples granulomas con extensas áreas de necrosis caseosa que mostraba periféricamente granulomas de menor tamaño con células gigantes multinucleadas de tipo Langhans. La tinción de Ziehl-Neelsen fue positiva (existencia de BAAR). Figuras 2 y 3

Ante este resultado se envió al paciente a la unidad de tratamiento de tuberculosis de nuestro centro donde recibió quimioterapia antituberculosa complementaria con cuatro fármacos:

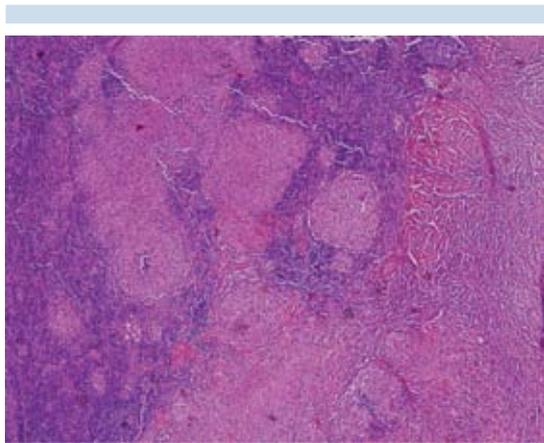


Figura 2. Corte histológico donde se observan granulomas necrotizantes en el tejido glandular submaxilar.

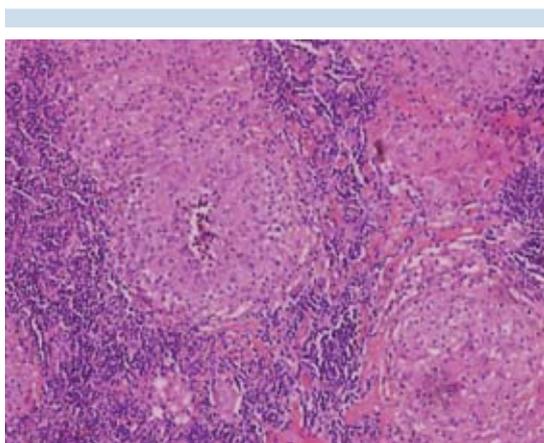


Figura 3. Corte histológico ampliado que muestra la invasión tuberculosa en forma de granulomas necrotizantes en el tejido glandular submaxilar.

isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol durante dos meses y luego isoniazida y rifampicina durante cuatro meses, con lo que remitió el cuadro.

DISCUSIÓN

La tuberculosis es actualmente la segunda causa de muerte infecciosa en todo el mundo y se estima

que una tercera parte de la población mundial está infectada.³ Los países occidentales presenciaron un descenso de los casos en décadas pasadas que se detuvo en el decenio de 1990 debido al aumento del síndrome de inmunodeficiencia adquirida⁴ y a los movimientos migratorios.

La afectación tuberculosa de las glándulas salivales es poco frecuente. Se cree que el método de diseminación puede asociarse con lesiones dentarias o de las amígdalas y la contaminación suele ser por contigüidad o por migración vía hemática o linfática del germen, generalmente se manifiesta en un periodo de inmunosupresión.⁵

La tuberculosis primaria suele manifestarse como una sialoadenitis supurativa o una lesión tumoral crónica, mientras que las formas secundarias suelen asociarse con tuberculosis sistémica, más frecuentemente pulmonar.²

Al revisar la bibliografía sólo se han reportado siete casos de tuberculosis de la glándula submaxilar,⁶⁻⁹ cinco de estos casos en forma de sialoadenitis y dos en forma de tumor inflamatorio inespecífico, como el nuestro.

El diagnóstico de tuberculosis en el área de la cabeza y el cuello suele ser un reto debido a lo subjetivo que pueden ser los signos y síntomas clínicos y lo inespecífico de los resultados obtenidos en las pruebas paraclínicas. El estudio histológico es el método diagnóstico de certeza, ya sea mediante la tinción de Ziehl-Neelsen, como en nuestro caso, o utilizando técnicas más recientes, como la reacción en cadena de la polimerasa, que tiene especificidad de incluso 99% en los casos en que, a pesar de existir gran sospecha diagnóstica, los métodos clásicos no son concluyentes.¹⁰ Debemos descartar afecciones más frecuentes, como sialoadenitis, sialolitiasis, enfermedad tumoral benigna o maligna de la glándula submaxilar o adenopatías metástasis intra o paraglandulares.

El tratamiento recomendado actualmente en los casos de tuberculosis de las glándulas salivales no es la exéresis quirúrgica de la glándula, como ocurrió en nuestro caso; por el contrario, en caso de realizar el diagnóstico correctamente, el tratamiento indicado es la quimioterapia con cuatro fármacos antituberculosos: isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol en las formas pulmonares y extrapulmonares; se prescribe el esquema inicial con cuatro fármacos (isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol) durante ocho semanas y luego uno de continuación con dos fármacos (isoniazida y rifampicina) durante 18 semanas.¹¹

CONCLUSIÓN

A pesar de ser una forma de manifestación muy poco frecuente, es importante sospechar tuberculosis de la glándula submaxilar en los pacientes con afectación de esta glándula de evolución larvada con antecedentes de contacto con personas infectadas o cuadros de inmunosupresión, a fin de llegar al diagnóstico temprano y preciso y prescribir el tratamiento adecuado.

REFERENCIAS

1. Rinaggio J. Tuberculosis. *Dent Clin North Am* 47:449-465.
2. Rosen FS, Quinn FB, Quinn FB Jr. Non-neoplastic diseases of the salivary glands. Grand rounds Presentation, Department of Otolaryngology, UTMB, Galveston, TX. 2001.
3. Newlands SD. Degenerative, idiopathic, and connective tissue diseases. In: Bayley BJ, Jhonson JT, Newlands SD, editors. *Head & Neck Surgery – Otolaryngology*, 4th ed. London: Lippincott Williams & Wilkins, 2006;184-185.
4. Caminero JA, Caylá JA, Lara N, and the working group on the current status of TBC in Spain. Evolution of TBC trends in Spain, 1991-1999. *Int J Tuberc Lung Dis* 2000;1-7.
5. Stanley R, Fernandez JA, Peppard SB. Cervical mycobacterial infections presenting as major salivary gland disease. *Laryngoscope* 1983;93:1271-1275.
6. Tsutomu Sakurai, Kyoko Nagai, Nobuhiko Furuya. Tuberculosis sialoadenitis of the submandibular gland: a case report. *Kitakanto Med J* 1999;49:177-180.
7. Bottini DJ, Garelli A, et al. Primary tuberculosis of submandibular gland. *J Craniofac Surg* 2007;18:218-219.
8. Dadwal M. Primary submandibular tuberculosis: an unusual cause of submandibular salivary gland enlargement. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* 2011;63:298-299.
9. Menon K, Bem C, Goulesbrough D, Strachan D. A clinical review of 128 cases of head and neck tuberculosis presenting over a 10-year period in Bradford, UK. *J Otol Laryngol* 2007;121:362-368.
10. Singh KK, Murlidhar M, et al. Comparison of in house polymerase chain reaction with conventional techniques for the detection of *Mycobacterium tuberculosis* DNA in granulomatous lymphadenopathy. *J Clin Pathol* 2003;53:355-336.
11. Centers for Disease Control and Prevention. Treatment of Tuberculosis, American Thoracic Society, CDC, and Infectious Diseases Society of America. *MMWR* 2003;52:1-15.