

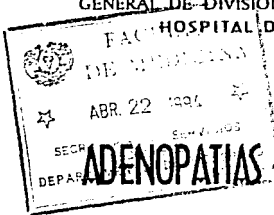
11236

28  
2eje.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
CENTRO MEDICO NACIONAL  
GENERAL DE DIVISION "MANUEL AVILA CAMACHO"  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES



# ADENOPATIAS FIMICAS CERVICALES

## T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN  
OTORRINOLARINGOLOGIA

P R E S E N T A

DRA. LILLIAN SALINAS SIERRA

ASESOR:

DR. JUAN MANUEL REYES CARDOSO



PUEBLA, PUE.

1994

IMSS

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## DEDICATORIA

A mis padres por todo su apoyo y principalmente todo su amor.

A mis hermanos por su apoyo, paciencia y cariño.

Agradecimiento muy especial

al Dr Juan Manuel Reyes Cardoso por su orientación y apoyo para la  
realización de esta tesis.

al Dr Jorge Alvarez Balbas por toda su enseñanza.

## INDICE

Introducción.....	1
Definición .....	3
Etiología .....	3
Epidemiología .....	4
Tuberculosis extrapulmonar .....	5
Planteamiento del problema .....	9
Objetivo general .....	10
Objetivos espcíficos .....	10
Universo de trabajo .....	12
Resultados .....	13
Conclusiones .....	19
Resumen .....	20
Bibliografía .....	21

## I N T R O D U C C I O N

La linfadenitis granulomatosa es una manifestación de varias enfermedades como la tuberculosis, la lepra, ciertas micosis y beriliosis por mencionar las más comunes. En los países subdesarrollados la tuberculosis ganglionar es la más frecuente, sobre todo en aquellos de clima tropical. (1)

La tuberculosis de los ganglios linfáticos periféricos es la forma más común de tuberculosis extrapulmonar y frecuentemente involucra los ganglios linfáticos del área de cabeza y cuello. (2)(3)

Tradicionalmente las adenopatías en cabeza y cuello han impresionado a los médicos generales por su frecuente relación con linfomas, tumores sólidos y enfermedades raras motivo por el cual estos pacientes son referidos a los servicios quirúrgicos de Oncología o cabeza y cuello, en los cuales la adenectomía es el método más usado en su diagnóstico (examen histológico o tinciones). Recientemente la introducción de la biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) es una forma muy certera para establecer un diagnóstico preoperatorio mediante el examen histológico de una muestra tomada de una manera sencilla y eficiente en el consultorio. La adenitis fímica es un diagnóstico diferencial muy importante en las linfadenopatías cervicales. (4)(5).

La mayoría de los pacientes están asintomáticos y es raro encontrar coexistencia de tuberculosis ganglionar con otras formas de tuberculosis. (6)(7).

Tradicionalmente el tratamiento otorgado a la tuberculosis extrapulmonar es el esquema quimioterápico múltiple que se utiliza para la tuberculosis pulmonar. La duración del tratamiento es de acuerdo a los parámetros clásicos que en la enfermedad del pulmón, con la diferencia que el parámetro de referencia es única y exclusivamente la monitorización de los ganglios preexistentes o la aparición de nuevas adenopatías. (8)(9)

## DEFINICION

La tuberculosis es un padecimiento infecto contagioso, producido por *Mycobacterium tuberculosis*, caracterizado por la presencia de necrosis caseosa en la mayoría de las ocasiones.

## ETIOLOGIA

La bacteria causante de las lesiones en la mayoría de los casos como se menciona anteriormente, *mycobacterium tuberculosis*; tambien se conoce con el nombre de bacilo de Koch o *Mycobacterium hominis*.

Esta bacteria es un bacilo de entre dos y cuatro milimicras de largo y 0.3 milimicras de ancho. Tiene la propiedad de teñirse con fuchina básica y ser resistente a la decoloración con alcohol ácido. Esta característica es debida a los componenates lipídicos de su pared celular. Es un aerobio estricto y crece mejor con presiones de oxígeno de cerca de 140 mm de Hg.

En condiciones óptimas, el bacilo se multiplica solo una vez cada 20 horas, otra de sus características es su elevada producción de mutantes resistentes a los medicamentos. Es la razón por la que el tratamiento se da con varios fármacos a la vez. Aunque la replicación de las *mycobacterias* es intracelular, hay diferentes etapas a lo largo de la enfermedad.

Después de ser fagocitada por los macrófagos y multiplicarse en ellos

el bacilo es liberado por la muerte de los macrófagos y la lisis de los tejidos dando lugar a la necrosis caseosa.

En las lesiones tuberculosas se pueden identificar tres poblaciones de bacilos: la primera formada por los primeros bacilos que se multiplicaron en un PH neutro en las paredes de las lesiones caseosas; esta poblacion suele llegar a 100 millones de bacilos.

La segunda poblacion es la fagocitada por los macrófagos en un PH ácido dando una poblacion aproximada de 10,000 a 100,000 bacilos.

La última poblacion esta constituida por bacilos extracelulares presentes en focos sólidos, debido a la baja concentracion de oxígeno, la poblacion rara vez es mayor de 100,000 bacilos.(9)

#### E P I D E M I O L O G I A

La tuberculosis es un padecimiento muy relacionado con el nivel socioeconómico de la poblacion. Como es de suponerse, en los países desarrollados las tasas de morbilidad y mortalidad son mucho menores que las reportadas por los países en vías de desarrollo. En estos últimos los factores económicos influyen en los servicios médicos, lo que nos dará por resultado la deteccion tardía de los casos, un mal control y pocas posibilidades de un tratamiento adecuado y gratuito. En nuestro país los datos de 1983 refieren 7,002 muertes por tuberculosis en todas sus formas ocupando el catorceavo lugar dentro de



todas las causas de muerte. Tambien se reporto que hay ciertas zonas con alta mortalidad como Tijuana, Cd Juárez, el centro de la región norte de las jurisdicciones de la laguna y Parral.

Los estados que más casos nuevos notificaron fueron Chiapas, Guerrero Tabasco, Veracruz, Nayarit y Colima. Y que la mayor parte de los casos reportados era en mayores de 15 años. Para la localización pulmonar el 64% fue en varones, mientras que en la forma extrapulmonar el 52% fue en mujeres. (9)

#### TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR

Se puede dividir a la tuberculosis extrapulmonar en dos grupos caracterizados por su diferente patogenia.

El primero incluye las infecciones mucosas causadas por la diseminación de secreciones respiratorias a través de los tractos respiratorio y gastrointestinal.

El segundo grupo comprende las infecciones establecidas por diseminación linfohemática, que en general se producen en el momento de la infección primaria y menos a partir de focos crónicos establecidos. Un tercer mecanismo es la diseminación por contigüidad a partir de un foco pulmonar o extrapulmonar.

La enfermedad extrapulmonar es algo más frecuente en no blancos y en mujeres. (10)

Usualmente, la linfadenitis tuberculosa aparece en pacientes sin otra patología. Solo una minoría de los pacientes presenta síntomas sistémicos leves (hipertermia y dolor). En una serie la localización fue cervical o supraclavicular en más del 90% de los pacientes, en un 80% solo se encontraba afectado un ganglio, y se observaban evidencias de otros focos de tuberculosis en un 18%. Los ganglios pueden ser firmes y dolorosos durante su rápido aumento de tamaño y posteriormente tienden a ser más blandos.

Radiológicamente podemos observar asociado a las linfadenopatías cervicales afectación de los ganglios hiliares, pudiendo complicarse con compresión o fistulización en bronquios que puede causar atelectasia y a veces bronquiectasias.

El diagnóstico de certeza de enfermedad tuberculosa se realiza a partir de la identificación de *Mycobacterium tuberculosis*, inicialmente debe enviarse la muestra, que pueda ser obtenida más fácilmente, las biopsias deben protegerse de la desecación añadiendo agua destilada estéril. Los abscesos y adenitis pertenecen a las muestras con mejor rendimiento en el examen microscópico, la muestra debe obtenerse por aspiración o biopsia aun en el caso de fístulas cutáneas. El estudio histológico es útil en el diagnóstico de tuberculosis extrapulmonar, los hallazgos histológicos habituales son los granulomas con necrosis y caseosis. Se realiza siempre la tinción de Ziehl, aunque casi siempre es negativo. El tratamiento para la forma extrapulmonar

es la que se utiliza tradicionalmente para la forma pulmonar y que puede ser:

TRATAMIENTO PRIMARIO ESTANDAR SUPERVISADO

(12 meses de duración)

Fase intensiva (2 meses)

Estreptomocina	1gr Im
Isoniacina(HAIN)	300gr una toma
Etambutol	1200mg una toma

Fase de sosten (10 meses)

Estreptomocina	1gr IM dos veces a la semana
Isoniacina	800mg una toma dos veces a la semana

TRATAMIENTO PRIMARIO ESTANDAR AUTOADMINISTRADO

(12 meses de duración)

Fase intensiva (2 meses diariamente)

Estreptomocina	1grIM
Isoniacida	300mg una toma
Etambutol	1200mg una toma

Fase de sosten (10 meses diariamente)

Isoniacida	300mg una toma
Etambutol	1200mg una toma

TRATAMIENTO DE CORTA DURACION SUPERVISADO

(no más de siete meses de duración)

Fase intensiva (60 dosis no más de 3 meses de lunes a sábado)

Estreptomicina	1gr IM
Isoniacida	300mg una toma
Rifampicina	600mg una toma
Pirazinamida	2gr una toma

RETRATAMIENTO SUPERVISADO

Fase intensiva(80 dosis de lunes a sábado 3 meses)

Etambutol	1200mg
Protionamida	750mg
Pirazinamida	2gr
Kanamicina	1gr

Tomados del Programa Nacional de Control de la tuberculosis.(1983).

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional General de División Manuel Avila Camacho del Instituto Mexicano del Seguro Social en Puebla Pue. se cuenta con gran experiencia en el diagnóstico y tratamiento de las Adenopatías fínicas; sin embargo la casuística no ha sido analizada con la finalidad de conocer los resultados de los abordajes terapéuticos.

## O B J E T I V O G E N E R A L

Analizar la casuística de Enero de 1988 a Diciembre de 1992 de los casos de adenitis fímicas, conocer su insidencia y evaluar la respuesta al tratamiento otorgado en el servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello.

## O B J E T I V O E S P E C I F I C O

- 1) Conocer la incidencia de la adenitis fímica en nuestro medio.
- 2) Evaluar los resultados del tratamiento médico-quirúrgico en función del tiempo (5 años).

### HIPOTESIS

#### Ho del OE1

El análisis de la casuística no permite conocer la incidencia de la tuberculosis ganglionar en nuestro medio.

#### H1 del OE1

El análisis de la casuística sí permite conocer la incidencia de la tuberculosis ganglionar en nuestro medio.

#### HO del OE2

El análisis de la casuística no permite evaluar el tratamiento médico-quirúrgico en función del tiempo de las adenitis fímicas en el servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello.

HI del OE2

El análisis de la casuística sí permite evaluar el tratamiento médico-quirúrgico en función del tiempo de las adenitis fímicas en el servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello.

## UNIVERSO DE TRABAJO

Se analizaron los expedientes clínicos de todos los pacientes portadores de adenitis fímicas admitidos y tratados en el servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Genral de División Manuel Avila Camacho del Instituto Mexicano del seguro Social. Pue.Pueb. del 1 de Enero de 1988 al 31 de Diciembre de 1992.

### MATERIAL

Se analizaron los expedientes clínicos de los pacientes con diagnóstico de adenitis fímicas bajo los siguientes criterios:

#### Criterios de inclusión

- 1) Paciente de cualquier edad y sexo
- 2) Que cuenten con diagnostico histológico
- 3) Virgenes a tratamiento
- 4) Que por lo menos tuvieran un año de seguimiento
- 5) Con expediente clínico actualizado en el archivo

#### Criterios de exclusión

- 1) Pacientes que habian sido tratados previamente fuera de la unidad
- 2) Cuyo expediente se encontraba incompleto

#### Criterios de no inclusión

- 1) Pacientes que hubieran sido tratados fuera de la unidad o en otro servicio.



## R E S U L T A D O S

En el período comprendido del 1 de Enero de 1988 al 31 de Diciembre de 1992 se admitieron un total de 11594 pacientes de primera vez de los cuales 94 presentaron adenopatías cervicales representando una incidencia del 0.81%.

Dentro de estas adenopatías cervicales 26 pacientes eran portadores de adenitis fímica representando una incidencia de 0.22%.

Dichos pacientes fueron estudiados protocolariamente mediante examen clínico completo, biopsia por aspiración con aguja fina(BAAF), exámenes preoperatorios completos y radiografías de torax.

Se encontro que el promedio de edad de los pacientes fue de 26.8 años con un rango de 2 años a 82 años. (ver gráfica No 1)

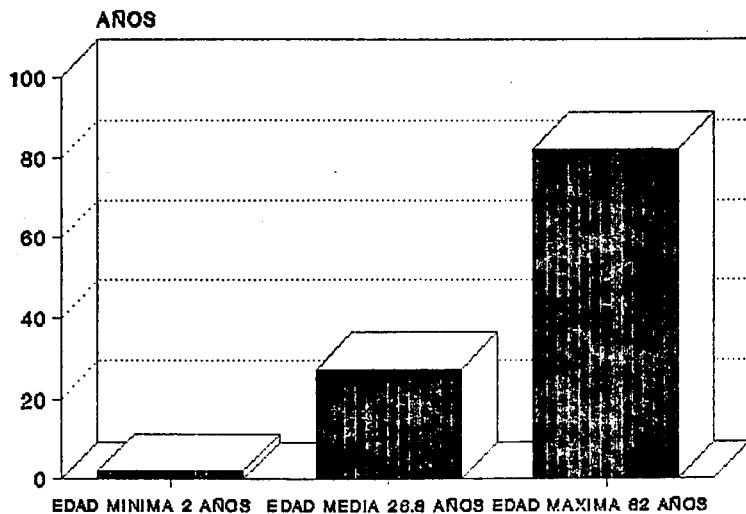
La edad promedio de los hombres fue de 17.5 años y la edad promedio de las mujeres fue de 29.6 años. Las adenopatías fímicas se encontraron más frecuentemente en el sexo femenino (76.9%) en relación al sexo masculino(23%).(ver gráfica No 2).

El tiempo de evolución promedio fue de 11.5 meses con un rango de 55 días a 7 años.

Los principales datos clínicos encontrados fueron:

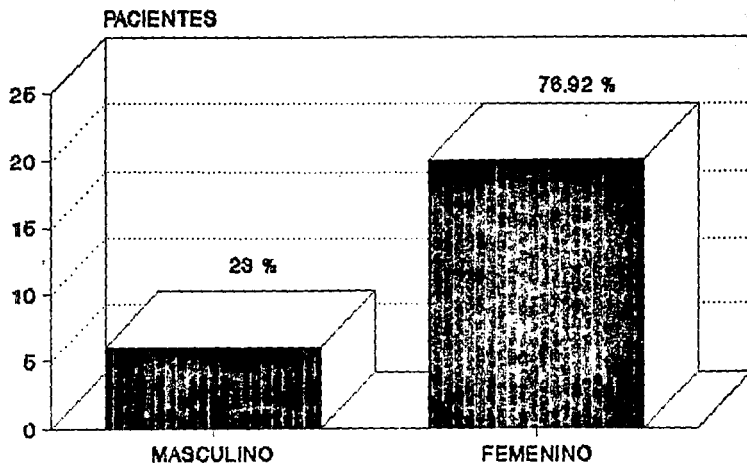
- Aumento de volumen en los 26 pacientes
- Dolor en 8 pacientes (30.7%)

**GRAFICA No. 1**  
**GRAFICA DE ACUERDO A EDAD.**



**FUENTE: TOMADO DEL EXPEDIENTE CLINICO.**

**GRAFICA No. 2**  
**ADENOPATIAS FIMICAS**  
**TABLA POR SEXO**



**FUENTE: DE ACUERDO A LOS  
EXPEDIENTES CLINICOS**

-Hipertermia en 4 pacientes (15.3%)

- Disfonia en un paciente (3.8%)

- Asceso en un paciente (3.8%)

(ver gráfica No 3)

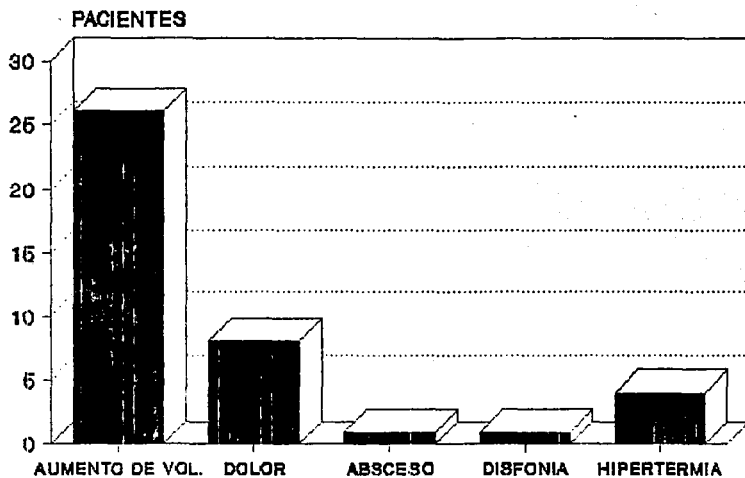
En lo que se refiere a la localización de las cadenas ganglionares tenemos: Yugular alta seguida por la media y baja (total de 80.7%), despues tenemos las submaxilares (30.7%) y las submentonianas(11.5%). A 11 pacientes se les efectuó biopsia por aspiración con aguja fina siendo util para diagnósticar las adenopatías fímicas donde observamos un 63.6% de certeza diagnóstica al compararse con los estudios de histología .

Dentro de los estudios radiológicos encontramos; que se realizó radiografía simple de torax a 26 pacientes de los cuales 24 se encontraron normales, un paciente presento calcificaciones parahiliares, y un paciente más infiltrado multinodular con calcificaciones parahiliares. El tamaño de las adenopatías fue en promedio 3.7x 2.2 teniendo un rango de 1x1 cm a 8x4 cm.

En cuanto al tratamiento quirúrgico tenemos que se realizó adenectomía en 23 pacientes (88.46%) y en los tres restantes se aplicó tratamiento conservador (11.5%).

A los 26 pacientes se les otorgó manejo a base de triple esquema donde se encuentra contemplada la Rifampicina (600 mg diariamente), -

**GRAFICA No. 3**  
**DATOS CLINICOS EN ADENITIS FIMICAS**  
**No. Pacientes 26**



FUENTE: REFERIDO POR LOS PACIENTES

Etambutol (1200 mg por día), Pirazinamida(2 gr diariamente), siendo el promedio de tiempo que recibieron el tratamiento por 10.15 meses, con un rango de 3 meses a 18 meses.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria en todos los pacientes así como la evolución clínica.

Las complicaciones que se presentaron fueron;

La recidiva de la adenopatía fímica en un paciente al cual se le otorgo un nuevo tratamiento cediendo dicha adenopatía. La sobre vida de nuestros pacientes fue de 96.1%(25 pacientes). Un paciente falleció debido a insuficiencia renal no atribuible a la tuberculosis.

## CONCLUSIONES

La incidencia de adenopatías cervicales en el servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello del Hospital de Especialidades Puebla es baja si se compara con la de otros servicios especializados, las adenopatías fímicas representan la quinta parte de la incidencia global de adenopatías, desde hace mucho tiempo se diagnostican satisfactoriamente estos problemas pero su tratamiento no había sido evaluado satisfactoriamente.

Nuestro estudio pone de manifiesto que los métodos utilizados para el diagnóstico y abordaje de esta patología son adecuados, que la biopsia por aspiración con aguja fina no es todavía la más adecuada para obtener una certeza diagnóstica y sustituir a la excisión de los ganglios en el aspecto diagnóstico, pero que debe seguirse practicando para adiestrar a los cirujanos a obtener buenas muestras y a los patólogos para mejorar su calidad interpretativa.

El análisis demostro lo que ya es ampliamente conocido por nosotros con respecto a lo difícil que es observar coexistencia de más de una forma de tuberculosis.

No hay duda que los esquemas clásicos de tratamiento siguen siendo altamente efectivos ya que todos los pacientes estan vivos hasta nuestros días y solo un paciente tuvo una recidiva documentada, respon

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

diendo satisfactoriamente al tratamiento médico.

#### R E S U M E N

El papel del cirujano sigue siendo muy importante en el diagnóstico de las adenopatías cervicales y los esquemas clásicos terapéutica médicamentosa a base de regímenes combinados de quimioterapia antitu - berculosa son altamente efectivas.

Por lo anterior no se sugiere ningún cambio en los protocolos de manejo de esta patología.



## B I B L I O G R A F I A

- 1) SADANAH M. JAYARAM M. Acid-fast bacilli in aspiration smears from tuberculous lymph nodes. *Acta Cytologica*, 1978;31 17-19.
- 2) THO, PSON M. UNDERWOOD M. Peripheral tuberculous lymphadenopathy: a review of 67 cases. *Br J Surg*, 1992;79 763-764.
- 3) HOOPERA. Tuberculous peripheral lymphadenitis. *Br J Surg* 1972;59 353-359.
- 4) SAENZ C. Utilidad de la biopsia por aspiración con aguja fina en el diagnóstico de las adenopatías en el cuello. Centro médico Nacional Puebla Tesis.
- 5) WEIR RM. THORTONG. Extrapulmonary tuberculosis. Experience of a community Hospital a review of the literature. *Am J of Medicine* 1985; 79 467-478
- 6) DANDAPAT M.C. Peripheral node tuberculosis; a review of 80 cases *Br J. Surg.* 1990;77 911-912
- 7) CASABONA M. VIDAL R. Clínica y diagnóstico de la tuberculosis. *Neumología* iv 1992 1051-1058
- 8) NYHUS AND BAKER. MASTERY OF SURGERY. Diagnostic approach to neck masses. De John Hibbert and PM Stell. Ed Little, Brown and company Boston Toronto. 1984 Tomo 1.

- 9) FORTOUL T. BARRIOS R. Tuberculosis pulmonar. Neumologia 1V 1992  
1044-1050.
- 10) SHACKELFORD R. DIAGNOSIS OF SURGICAL DISEASE. The physical examination. Ed Saunders company 1969 Philadelphia. pag 255.