



# ESCROFULAS: TRATAMIENTO CONTROLADO CON UN ESQUEMA DE NUEVE MESES

E. FITE, R. VIDAL, J. RUIZ-MANZANO, L. JUANMIQUEL y J. MORERA

Secció de Pneumologia. Ciutat Sanitària de la Vall d'Hebron. Barcelona.

Aportamos los resultados preliminares del tratamiento en 33 pacientes con adenitis tuberculosa periférica, con un esquema de nueve meses que incluía: rifampicina 600 mg/día e isoniacida 300 mg/día, más etambutol 25 mg/kg/día los dos primeros meses.

Durante el tratamiento, a partir del tercer mes, dos casos precisaron drenaje quirúrgico, uno desbridamiento de un absceso y otro exéresis quirúrgica. Al final del tratamiento los otros 27 casos habían evolucionado satisfactoriamente y no precisaron cirugía. No se presentaron complicaciones clínicas secundarias a la quimioterapia.

De los 33 pacientes, en 24 ha transcurrido más de un año desde que finalizaron el tratamiento. Uno de ellos no ha acudido a control, los 23 restantes se presentaron al año de terminar la terapéutica y en ninguno de ellos ha habido recidivas.

Con estos resultados pensamos que, al igual que en la tuberculosis pulmonar, la adenitis tuberculosa periférica puede ser tratada con prácticamente el 100 % de curaciones con esquemas de nueve meses que incluyan rifampicina e isoniacida.

*Arch Bronconeumol 1985; 55-57*

## Introducción

Los primeros resultados del tratamiento de la linfadenitis periférica tuberculosa en la era quimioterápica presentaban un elevado número de recidivas, apreciándose una falta de sistematización y control en los tratamientos. Incluían: escisión quirúrgica sola, quimioterapia con asociaciones y duración variables y diversas combinaciones de quimioterapia y cirugía<sup>1-6</sup>.

En 1977 Campbell y Dyson<sup>7</sup> aportan un estudio prospectivo de 18 meses de quimioterapia con dos regímenes diferentes, sin recidivas<sup>8</sup>. Situaron el papel de la cirugía, como indicación complementaria, en determinados casos de evolución tórpida de las adenopatías.

En la actualidad para el tratamiento de la tuberculosis pulmonar se utilizan regímenes terapéuticos

Scrofula: a nine-month controlled therapeutic trial

The authors present the preliminary results of a nine-month treatment for peripheral tuberculous adenitis.

The trial included 33 patients who were given rifampicin at doses of 600 mg/day and isoniazid at doses of 300 mg/day plus 25 mg/Kg/day ethambutol for the first two months.

After the third month of treatment two patients required surgical drainage and debridement of an abscess and further exeresis. The other 27 patients had a satisfactory response to the therapy and did not require surgical treatment. No side effects to the chemotherapy were seen in any of the patients.

Of the 24 patients out of the total 33 in the group, for whom more than one year has elapsed since finishing therapy, 23 were seen exactly one year later while one was lost to followup; there were no relapses.

These results strongly suggest that peripheral tuberculous adenitis may be treated successfully—as in pulmonary tuberculosis—with a nine month schedule including rifampicin and isoniazids which elicit a cure rate of approximately 100 %.

cortos con buenos resultados. Sin embargo, existen en la literatura pocas referencias respecto a la aplicación de dichos regímenes en las formas extrapulmonares de la tuberculosis. El objetivo de este trabajo ha sido estudiar de forma prospectiva la eficacia de los tratamientos cortos en la tuberculosis ganglionar periférica.

## Material y métodos

Desde febrero de 1979 hasta abril de 1983, hemos observado en nuestro dispensario de tuberculosis, integrado en un servicio de neumología de un hospital general, 41 casos de adenitis tuberculosa periférica. De ellos 33 tenían diagnóstico histológico y/o bacteriológico y no habían recibido tratamiento antituberculoso previo, por lo que se incluyeron en el presente estudio.

Los pacientes se trataron ambulatoriamente con un esquema de nueve meses que incluía rifampicina (R) e isoniacida (I), suplementado con etambutol (E) los dos primeros meses.

Recibido el 4-6-1984 y aceptado el 26-10-1984.



**TABLA I**  
**Diagnóstico 33 casos de escrófulas**

	Casos estudiados	Casos positivos	Rendimiento %
Histología	30	30	100
Ziehl-Neelsen	20	5	25
C. Löwenstein-Jensen	12	9	75

**TABLA II**  
**Evolución durante el tratamiento: 33 casos**

Sin complicaciones	27	88 %
Fistulización, resolución sin cirugía	2	6 %
Cirugía	4	12 %
Drenaje fistular		2 casos
Desbridamiento absceso		1 caso
Exéresis		1 caso
Total	33	100 %

**TABLA III**  
**Evolución al finalizar el tratamiento tuberculostático**

	Nueves meses (final tratamiento)	1 año	2 años
N.º casos controlados	33	23*	14
Fracasos terapéuticos	0		
Recidivas		0	0

\* Un caso no presentado a control y no localizado.

Las dosis fueron las siguientes:

Rifampicina: 600 mg/día o 15 mg/kg/d.

Isoniacida: 300 mg/día o 10 mg/kg/d.

Etambutol: 25 mg/kg/d.

Tomaron la medicación en dosis única diaria, oral, y en ayunas. Se practicaron controles de evolución clínico-biológicos y de disciplina en la toma de los medicamentos a los 1, 2, 5 y 9 meses. Al año siguiente a la finalización del tratamiento se efectuó un control clínico y se les instruyó para que en caso de recidiva nos lo comunicaran. La cirugía se indicó en los casos que presentaron fistulizaciones o abscesos persistentes a partir del tercer mes de tratamiento, o más tarde, sin que ello significara ningún cambio en la pauta quimioterápica.

## Resultados

Todos los pacientes incluidos en el estudio acudieron a los controles y completaron los nueve meses del tratamiento. La edad estaba comprendida entre los 8 y los 82 años, con una media de 34,7 años (los niños hasta los 7 años son atendidos en la clínica infantil). Diecinueve eran mujeres y 14 hombres. Todos españoles de origen y residentes en Barcelona.

El diagnóstico de tuberculosis se estableció en los 33 casos por biopsia ganglionar con histología demostrativa de granulomas caseificantes y/o bacteriología positiva (tabla I). Se practicó a los pacientes una cervicotomía exploradora con exéresis de una adenopatía entera. El rendimiento fue el siguiente: la histología fue positiva en el 100 % de

las muestras estudiadas (30/30); el examen directo del BK, con el método de Ziehl-Neelsen, positivo en el 25 % (5/20); el cultivo en medio Löwenstein positivo en el 75 % (9/12). En todos los casos en que el cultivo fue positivo se identificó *M. tuberculosis*, no se encontraron *M. bovis* ni *M. atípicas* en el presente estudio.

Dos pacientes presentaron concomitantemente tuberculosis pulmonar, cuatro calcificaciones pulmonares o adenopáticas, y dos niños de 10 y 14 años, adenopatías unilaterales, hiliar y paratraqueal respectivamente. Sólo dos enfermos presentaban otra enfermedad asociada, se trataba de un caso de insuficiencia renal crónica, que evolucionó de forma similar a los otros pacientes, adaptando las dosis de las drogas según su función renal, y otro caso que padecía una neoplasia amigdalal.

La tuberculina (PPD-RT-23,5 UT) fue positiva en el 90 % de los pacientes. La localización de las adenopatías era cervical en 32 y axiliar en un enfermo. En nueve casos sólo se evidenció una adenopatía, los otros presentaban dos o más.

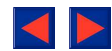
La evolución de las adenopatías fue favorable, aunque lenta, en 27 pacientes, al final del tratamiento se habían reducido de tamaño o no eran palpables (tabla II). Dos presentaron fistulización durante el período de tratamiento, pero se habían autolimitado al final del mismo. De los cuatro casos restantes, dos precisaron drenaje quirúrgico, uno desbridamiento de un absceso y otro una exéresis quirúrgica al 8.º mes de tratamiento. En todos los casos que requirieron cirugía se practicó de nuevo investigación de BK en los especímenes, siendo todos negativos. En el examen histológico de la adenopatía que se extirpó al 8.º mes de tratamiento, se observaron granulomas caseificantes, fibrosis y calcificación. Ninguno de los pacientes requirió procedimientos quirúrgicos después de finalizar la quimioterapia.

En la actualidad, 23 del total han pasado el control a los 21 meses sin que hayan presentado recidivas. Uno no ha acudido a dicho control y no se ha podido localizar, y en los nueve restantes no ha transcurrido un año desde que finalizaron el tratamiento (tabla III).

No se observaron efectos indeseables importantes de la quimioterapia. En tres casos hubo aumento transitorio de las GOT y GPT, sin otras alteraciones hepáticas biológicas ni clínicas.

## Discusión

Los tratamientos abreviados de la tuberculosis se inician con las experiencias clínicas de la escuela francesa de Brouet y Roussel<sup>9,10</sup> y la brasileña de Poppe de Figueiredo<sup>11</sup>. La escuela inglesa con los amplios trabajos clínicos de Fox<sup>12-14</sup> y las experiencias de Mitchison<sup>15</sup>, junto con los autores antes citados, consolidan las bases de los tratamientos cortos.



La tuberculosis extrapulmonar, sobre todo la meningoencefálica, renal, ósea y ganglionar periférica, se ha considerado de mayor gravedad y/o sus lesiones de más difícil acceso para las drogas. Si bien se han comunicado algunos trabajos preliminares de estudios controlados con tratamientos abreviados<sup>16</sup>, debido probablemente a los motivos citados, aparte del menor número de casos, no está tan ampliamente estudiado como en la tuberculosis pulmonar. Según González Muntaner et al<sup>17</sup>, que han ensayado los tratamientos abreviados, el tiempo óptimo para la tuberculosis ganglionar periférica es de 12 meses, si el esquema incluye R y I, y de 18 si no los incluye. Summers y Mc Nicol<sup>18</sup> en una revisión retrospectiva de tuberculosis ganglionar periférica con tratamientos no estandarizados, observan que los casos tratados en 9 meses que incluían R y I en el esquema terapéutico no presentaron recidivas. En nuestro medio, en una revisión retrospectiva de 50 casos de TBC ganglionar<sup>19</sup> no hay referencia a la evolución y tratamiento.

En el presente estudio adoptamos el esquema propuesto por la British Thoracic and Tuberculosis Association<sup>20</sup> como habitual para la tuberculosis pulmonar, que consigue prácticamente el 100 % de curaciones. R y I durante nueve meses más E los dos primeros. Hemos obtenido resultados satisfactorios, con buena evolución de las adenopatías y sin presentar recidivas en ninguno de los 23 pacientes en que ha transcurrido un año desde que finalizaron el tratamiento y que han acudido a nuestro dispensario para control.

La tolerancia para este esquema terapéutico ha sido óptima, no ha habido ninguna reacción con repercusión clínica. Tres pacientes presentaron aumento transitorio de las transaminasas, que como es bien sabido se encuentra del 10 al 20 % de los casos en tratamiento con I<sup>21</sup>, y vuelven a la normalidad a pesar de continuarlo.

A parte de la biopsia diagnóstica, que debe realizarse en todos los casos, la cirugía desempeña un papel relativamente secundario en la asistencia moderna de la tuberculosis linfática<sup>22</sup>. Nuestros resultados en este aspecto son parecidos a los comunicados anteriormente por otros autores<sup>8</sup>.

Los 33 casos de este estudio constituyen el 6 % de todos los pacientes con TBC de nuestro dispensario en el mismo periodo. Según un estudio del Servicio de Cirugía Maxilofacial en nuestro hospital<sup>23</sup>, de 235 casos de tumoraciones linfáticas cervicales 32, el 13,6 %, eran de etiología tuberculosa, ocupando el segundo lugar después de las adenopatías neoplásicas metastásicas. Estos datos no son sorprendentes si tenemos en cuenta que en Barcelona la prevalencia de la infección tuberculosa en 1980 era del 41 %<sup>24</sup>.

Con los resultados hasta ahora obtenidos hemos formado la opinión, que al igual que la tuberculosis pulmonar, la ganglionar periférica puede ser tratada rutinariamente con el esquema de nueve

meses citado, siempre que exista una buena colaboración en la toma de la medicación. La cirugía debe tenerse en cuenta cuando después del tercer mes de quimioterapia las adenopatías presenten fistulizaciones o abscesos que no se resuelven, y siempre manteniendo la quimioterapia los nueve citados meses.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Kilpatrick GS, Douglas AC. Superficial glandular tuberculosis. Treatment with chemotherapy. *Brit Med J* 1957; 2:612-614.
2. Schless JM, Wier JA. The current status and treatment of lymphatic tuberculosis. *Am Rev Tuberculosis* 1957; 76:811-831.
3. Gillam PMS, Knowles JP. The treatment of tuberculous lymphadenitis. *Tubercle* 1963; 44:112-118.
4. Fraser HS. Peripheral tuberculous lymphadenitis. *Brit J Dis Chest* 1965; 59:164-172.
5. Iles PB, Emerson PA. Tuberculous Lymphadenitis. *Brit Med J* 1974; 1:143-145.
6. Newcombe JF. Tuberculous cervical lymphadenopathy. *Postgraduate Md J* 1971; 47:713-717.
7. Campbell IA, Dyson AJ. Lymph node tuberculosis: a comparison of various methods of treatment. *Tubercle* 1977; 58:171-179.
8. Campbell IA, Dyson AJ. Lymph node tuberculosis: a comparison of treatments 18 months after completion of chemotherapy. *Tubercle* 1979; 60:95-98.
9. Brouet G, Rousell G. Modalités et bilan des traitements courts. XVII Congrès National Tuberculosis et Maladies Respiratoires. Clermont Ferrand 1974; 27.
10. Brouet G, Roussel G. Essai 6, 9, 12. Méthodologie globale et synthèse des résultats. *Rev Franç des Mal Resp* 1977 (Supp.); 1:5-13.
11. Poppe de Figueiredo P, Alvesbrito A, Laborne Valle J, Martius Tavares P, Linbares Tranning P. Short duration chemotherapy of pulmonary tuberculosis. A pilot trial. *Bull UIAT* 1974; 49:382.
12. Fox W. The modern management and therapy of pulmonary tuberculosis. *Proc Roy Soc of Med* 1977; 70:4-15.
13. Fox W, Mitchison DA. Short-course chemotherapy for pulmonary tuberculosis. State of the Art. *Am Rev Respir Dis* 1975; 111:325-353.
14. Fox W. The current status of short-course chemotherapy. *Tubercle* 1979; 60:177-190.
15. Mitchison DA, Dickinson FM. Mecanismos bactericidas en la quimioterapia de corta duración. *Bull UIAT* 1978; 53.
16. Dutt AK, Moers D, Stead WW. Results of short course chemotherapy in extrapulmonary tuberculosis. *Am Rev Respir Dis* 1981 (Supp.); 123:255-256.
17. González Muntaner LJ, Palma Beltrán O, Abbate E, Dambrosi A, Mosca C. Tratamiento abreviado de la tuberculosis. Ediciones Héctor Macchi. Buenos Aires 1981.
18. Summers GD, McNicol MW. Tuberculosis of superficial lymph nodes. *Brit J Dis Chest* 1980; 74:369-373.
19. Cardellach F, Pujol A, Ingelmo M, Picado C, Balcells-Gorina A. Tuberculosis ganglionar: revisión de 50 casos. *Med Clin (Barc)* 1983; 81:109-111.
20. British Thoracic and Tuberculosis Association. Short course chemotherapy in pulmonary tuberculosis. *Lancet* 1976; 2:1102-1104.
21. Mitchell J. Isoniazid liver injury: Clinical spectrum pathology and probable pathogenesis. *Ann Intern Med* 1976; 84:181.
22. Newcombe J. Tuberculosis. Tuberculous glands in the neck. *British Journal of Hospital Medicine* 1979; 22:553-555.
23. Gay Escoda C, Domínguez Rodríguez JR. Tuberculosis ganglionar cervical. *Anales ORL Iber-Americanos* 1979; 3:203-215.
24. De March Ayuela P. La evolución de la tuberculosis en Barcelona. 60 años de observación, 1921-1981. *Rev Enf Tórax* 1982; 121:53-87.