

## CASO CLÍNICO

### TUBERCULOSIS DE LA GLÁNDULA SUBMAXILAR EN EDAD PEDIÁTRICA

*Autores*

*Dr. Daniel Manzano (1), Dra. Andrea Iñiguez (2), Dra. Carolina Medina(2)*

#### RESUMEN

La infección crónica de las glándulas salivales es una patología poco común y generalmente ocurre como resultado de infecciones recurrentes. La tuberculosis primaria de glándulas salivales rara vez se reporta, y la participación de la glándula submaxilar es excepcional. En todos los casos de sospecha de tuberculosis, el tejido debe ser enviado para cultivo y tinción de Ziehl-Neelsen. El examen histopatológico es el estudio de elección para diagnosticar esta patología. El tratamiento recomendado actualmente en los casos de tuberculosis de las glándulas salivales, en caso de realizar el diagnóstico correctamente, es la quimioterapia fármacos antituberculosos.

Exponemos el caso clínico de un niño de 8 años de edad que presentó masa en región cervical de cuatro meses de evolución. Después de realizar exámenes complementarios se llegó al diagnóstico de tumor de glándula submaxilar, requiriendo extracción quirúrgica, procedimiento que fue llevado a cabo en el Hospital de Especialidades FFAA N°1 y cursó sin complicaciones. El examen histopatológico concluyó tuberculosis de glándula submaxilar.

Como resultado del caso clínico presentado, es posible concluir que la tuberculosis de glándula submaxilar es una patología poco frecuente en el mundo, el 50% de los tumores de las glándulas salivales en niños son de tipo benignos. El examen histopatológico es esencial para el diagnóstico diferencial.

**Palabras clave:**

**Tuberculosis, glándula submaxilar, tumor, caso clínico, edad pediátrica.**

#### ABSTRACT

Chronic infection of the salivary glands is a rare pathology that occurs as a result of recurrent infections. Primary tuberculosis of the salivary glands is rarely reported, and the involvement of the submaxillary gland is exceptional. In all cases of suspected tuberculosis, the tissue should be sent for culture and Ziehl-Neelsen staining. The histopathological examination is the gold standard to diagnose this pathology. The treatment currently recommended in cases of tuberculosis of the salivary glands, in case of making the diagnosis correctly, is chemotherapy with antituberculous drugs.

We present the clinical case of an 8-year-old boy who presented mass in the cervical region of four months of evolution. After performing complementary tests, a diagnosis of submaxillary gland tumor was obtained, requiring surgical surgery, a procedure that was carried out in the Hospital de Especialidades FFAA N ° 1 and attended without complications. The histopathological examination concluded tuberculosis of the submaxillary gland.

As a result of the clinical case presented, it is possible to conclude that submaximal gland tuberculosis is a rare pathology in the world, 50% of the tumors of the salivary glands in children are benign. Histopathological examination is essential for the differential diagnosis.

**Keywords:**

**Tuberculosis, submaxillary gland, tumor, clinical case, pediatric age.**

**(1) Cirujano Pediatra del Hospital de las F.F.A.A. de Quito-Ecuador**

**(2) Médico Residente de Cirugía Pediátrica del Hospital de las F.F.A.A. de Quito-Ecuador**

**Autor Correspondencia:** Christian Pais

**Dirección:** Av. Queseras del Medio 521 y Av. Gran Colombia.

**Teléfono:** 593-985721612

**Correo electrónico:** paischristian@hotmail.com

## INTRODUCCIÓN

Exponemos el caso clínico de un niño de 8 años de edad que presentó masa en región cervical de cuatro meses de evolución, sin antecedentes de pérdida de peso, fiebre, astenia o anorexia. Después de realizar exámenes complementarios se llegó al diagnóstico de tumor de glándula submaxilar, el mismo que precisó resolución quirúrgica, procedimiento que fue llevado a cabo en el Hospital de Especialidades FFAA N°1 y cursó sin complicaciones. El examen histopatológico concluyó tuberculosis de glándula submaxilar.

La infección crónica de las glándulas salivales es una patología poco común y generalmente ocurre como resultado de infecciones recurrentes dentales o amigdalinas, después de trauma, cálculos, inflamación, enfermedad autoinmune, neoplasia y tuberculosis miliar.

La tuberculosis primaria de glándulas salivales rara vez se reporta, y la participación de la glándula submaxilar es excepcional. Usualmente afecta un solo lado y puede presentarse de dos maneras: aguda con fistula y drenaje pustuloso o crónica como una lesión tumoral.<sup>5</sup>

Sin embargo, es notable que la presentación clínica no es suficiente para diagnosticar y diferenciar las diversas enfermedades de las glándulas salivales.<sup>2</sup> Los exámenes complementarios como sonografía, sialografía, tomografía e incluso resonancia magnética no ayudan con precisión al diagnóstico diferencial.<sup>3</sup> A pesar de que la biopsia con aguja es más segura y menos invasiva que la cirugía, no es satisfactoria en todos los casos.<sup>4</sup>

Si el diagnóstico de tuberculosis es confirmado, el tratamiento ideal es la quimioterapia con fármacos antituberculosos.

## ANTECEDENTES

Paciente masculino de 8 años de edad, con antecedentes de tiña capitis a repetición. Nacido y residente en Esmeraldas, consulta a facultativo por masa en región lateral derecha de cuello y adenopatías cervicales bilaterales. Se hospitaliza en Hospital Naval de Esmeraldas y se trata con antibiótico por cinco días no presenta mejoría por lo que se transfiere al Hospital de Especialidades FFAA N°1 con diagnóstico de Linfadenitis cervical.

## HALLAZGOS CLÍNICOS

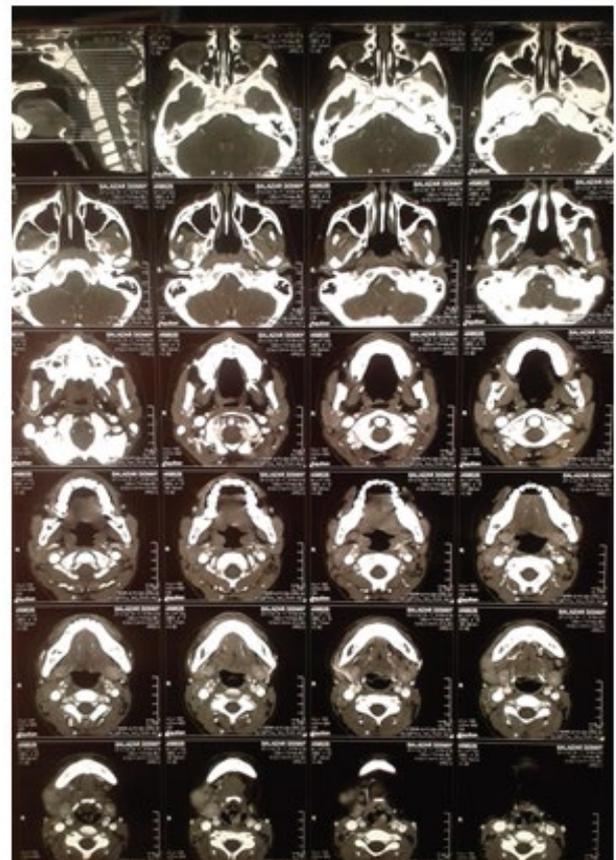
Ingresa al hospital con masa cervical derecha y adenopatías biltarales. Al examen físico presentó masa submaxilar derecha de aproximadamente 3x3 cm, fija, no dolorosa con aparente adherencia a planos profundos.

Como exámenes complementarios se realizó biometría hemática y un examen elemental y microscópico de orina, los mismos que se encontraron dentro de parámetros normales.

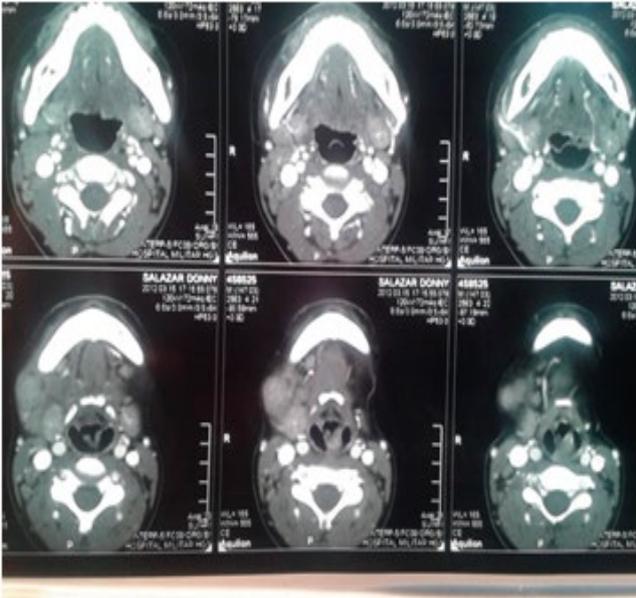
Por antecedente de uso de antibióticos y persistencia del cuadro se interconsultó a servicio de infectología, solicitaron: Radiografía de tórax con resultados normales. PPD negativo 0 cm a las 72 horas. TORCH negativo. Radiografía panorámica de maxilar inferior, masa no dependiente de hueso. Ecografía de cuello: conglomerado ganglionar 2.7cm y 3.21 cm cadena yugular interna y submaxilar derecha. Ecografía abdomen, normal.

Con estos resultados se interconsultó a servicio de cirugía pediátrica, solicitaron Tomografía de cuello donde se reportó masa maxilar derecha de 3 cm, regular, vascularizada.

**Figura 1**  
**Tomografía de cuello**



**Figura 2**  
Tomografía de cuello



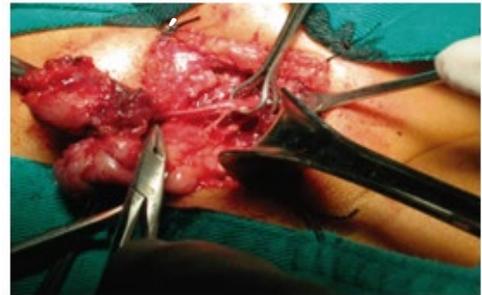
**Figura 4 Cirugía**



**Figura 5 Cirugía**



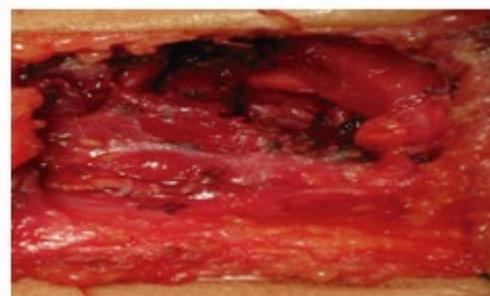
**Figura 6 Cirugía**



**Figura 7 Cirugía**



**Figura 8 Cirugía**



## CRONOLOGÍA

01/2014	Masa región cervical derecha	Padres ignoran el cuadro
03/05/2014	Masa región cervical derecha	Dolor, ingresa hospital naval esmeraldas
08/05/2014	Masa región cervical derecha	Transferido a Hospital FFAAN <sup>1</sup> , se realizan exámenes complementarios
09/05/2014	Absceso cervical	Manejo con ATB cuadro no cede
11/05/2014	Masa región cervical derecha	Se interconsulta a cirugía pediátrica, TAC de cuello.
12/05/2014	Masa región cervical derecha	Resolución quirúrgica, cirugía: submaxilectomía derecha. Histopatología y cultivo.
13/05/2014	Masa región cervical derecha	Pase a piso, hemodinámicamente estable
14/05/2014	Masa región cervical derecha	Alta
18/05/2014	Masa región cervical derecha	Retiro drenaje sin complicaciones
22/05/2014	Tuberculosis glándula submaxilar	Histopatológico e inmunohistoquímico positivos para TB. Terapia antituberculosa
20/11/2014	Tuberculosis glándula submaxilar	Paciente en remisión

## INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

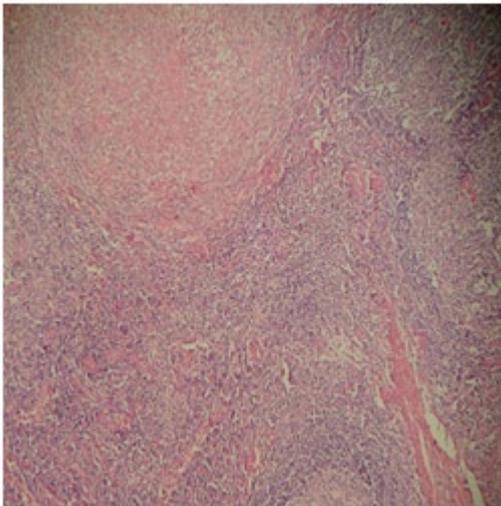
En la cirugía se realizó una submaxilectomía derecha, obteniendo un tumor necrohemorrágico de 3 cm de diámetro con consistencia leñosa y presencia de invasión neural del tumor hacia el nervio lingual mismo que debió ser sacrificado.

**Figura 3 Cirugía**

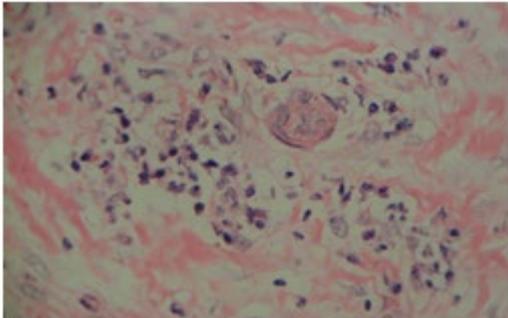


Durante la cirugía se realizó un cultivo de líquidos orgánicos de resultado negativo. El estudio Histopatológico reveló lesión sugestiva de linfoma con marcada proliferación linfoide, formación granulomatosa, centro necrótico, rodeado de anillo de linfocitos y células gigantes.

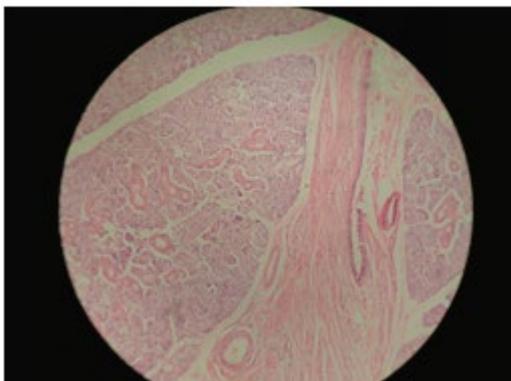
**Figura 9  
Histopatológico**



**Figura 10 Histopatológico  
Célula gigante multinucleada (40x)**



**Figura 11 Histopatológico  
Parénquima de glándula salival, conductos,  
conductos, células acinos serosos y mucosos  
(10x)**



El estudio de Inmunohistoquímica reveló como diagnóstico final In inflamación crónica granulomatosa: TUBERCULOSIS EN GLÁNDULA SUBMAXILAR.

El procedimiento finalizó satisfactoriamente y se dejó un drenaje de Jackson Pratt.

El paciente pasó a recuperación para manejo postquirúrgico inmediato, hemodinámicamente estable.

A los dos días postquirúrgicos se da el alta sin presentar complicaciones.

## SEGUIMIENTO Y RESULTADOS

Paciente acude a control en consulta externa donde se inicia tratamiento antituberculoso. Presentó remisión del cuadro después de 6 meses de tratamiento.

## DISCUSIÓN

El diagnóstico diferencial de las tumoraciones submaxilares, incluye infecciones de las glándulas salivales por virus (coxsackie, parainfluenza), o bacterias, (*Staphylococcus aureus*), litiasis, tuberculosis, infección por VIH, sarcoidosis, síndrome de Sjögren, síndrome de Mickulitz y lesiones tumorales (quistes, tumores de extirpe epitelial y no epitelial, linfomas).<sup>1</sup>

Aproximadamente el 85% de los casos de tuberculosis involucran a los pulmones y el 15% restante implica sitios extrapulmonares.<sup>4</sup>

La sialoadenitis tuberculosa puede ser primaria, o aparecer con tuberculosis pulmonar. En nuestro paciente, ocurrió de forma primaria en ausencia de tuberculosis pulmonar. Aunque esta condición es insólita, debe ser considerada en áreas donde la tuberculosis y el SIDA son endémicos.

La tuberculosis secundaria involucra a las glándulas submaxilares y sublinguales de manera más frecuente que a las glándulas parótidas.<sup>5</sup>

Debido a la alta incidencia de tuberculosis en algunas áreas, existe una gran cantidad de personas con prueba cutánea de tuberculina positiva, por lo tanto, esta prueba puede ser insuficiente para diferenciar la tuberculosis de otras condiciones. El examen histopatológico es esencial para el diagnóstico diferencial.<sup>4</sup>

Basados en la historia clínica de nuestro paciente, no existieron síntomas ni signos de tuberculosis. Se requirió de cirugía con histopatológico para el diagnóstico y la respuesta positiva a medicación antituberculosa confirmó la patología.

En todos los casos de sospecha de tuberculosis, el tejido debe ser enviado para cultivo y tinción de Ziehl-Neelsen. Aunque muy rara vez se puede cultivar *Mycobacterium tuberculosis*, la presencia de granuloma con necrosis central rodeada de células epitelioides y células gigantes de Langhans, es el sello distintivo de la tuberculosis. El PCR es el prueba más actual y desarrollada para la demostración de *Mycobacterium tuberculosis* y debe llevarse a cabo en todos los pacientes sospechosos.<sup>6</sup>

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; durante ocho semanas y luego uno de continuación con dos fármacos (isoniazida y rifampicina) durante 18 semanas.<sup>7</sup>

Como resultado del caso clínico presentado, es posible concluir que la tuberculosis de glándula submaxilar es una patología poco frecuente en el mundo, el 50% de los tumores de las glándulas salivales en niños son de tipo benignos. El examen histopatológico es esencial para el diagnóstico diferencial.

## INFORME DE CONSENTIMIENTO

Se solicitó un consentimiento informado. Los padres del paciente autorizaron la publicación del caso clínico.

## REFERENCIAS

1. Nelson. *Compendio de Pediatría*. 3.ª ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España, SAU; 1999. p. 365-6.
2. Singh B, Maharaj TJ. Tuberculosis of the parotid gland: clinically indistinguishable from a neoplasm. *J Laryngol Otol* 1992; 106 (10): 929- 31.
3. Chou YH, Tiu CM, Liu CY, Hong TM, Lin CZ, Chiou HJ. Tuberculosis of the parotid gland: sonographic manifestations and sonographically guided aspiration. *J Ultrasound Med* 2004; 23 (10): 1275-81.
4. Ajalloueyan M, Yadegary D. Primary Tuberculosis of the submandibular gland: a case report. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*. Vol. 22, No. 4, February, 2009: 203-206
5. Dadwal M. Primary Submandibular Tuberculosis: An Unusual Cause of Submandibular Salivary Gland Enlargement. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*, September 2011: 63(3): 298-299
6. Singh KK, Murlidhar M. Comparison of in house polymerase chain reaction with conventional techniques for the detection of *Mycobacterium tuberculosis* DNA in Granulomatous lymphadenopathy. *J Clin Pathol*. 2000; 53(5):355-361
7. DuMelle FJ, Hopewell PC. The CDC and the American Lung Association/American Thoracic Society: an enduring public/private partnership. In: *Centers for Disease Control and Prevention: a century of notable events in TB control*. *TB Notes Newslett* 2000;1:23--27.