ADENITIS TUBERCULOSA DEL CUELLO

22 niños tratados con hidrazida del ácido isonicotínico por vía general y local.

Drs. MARIO GONZALEZ y OSVALDO MONTES

Clínica Pediátrica del Prof. A. Scroggie. Hospital "Roberto del Río".

INTRODUCCIÓN

Dentro de las adenitis tuberculosas, indudablemente las más frecuentes son las cervicales, sobre todo las situadas a nivel del borde anterior del esternocleidomastoideo, algo por debajo de la rama del maxilar inferior y la inserción del músculo y a lo largo de la yugular. Siguen en frecuencia los ganglios submaxilares desde el ángulo y a lo largo de la rama horizontal, siendo más raros los submentonianos y cervicales. Excepcionalmente son los ganglios profundos los primeros en comprometerse y cuando lo hacen es preciso buscar la lesión primaria tuberculosa en las amígdalas palatinas.

Varían las lesiones desde el compromiso de un solo ganglio hasta un grupo ganglionar, siendo con frecuencia bilaterales, pero con predominio de un lado. Los ganglios tienen tendencia a fusionarse entre sí, llegando a constituir una masa irregular, nodular, con grados variables de consistencia; cuando esto se produce, la masa ganglionar se fija a la piel y a los tejidos adyacentes y se hace inmóvil. Al producirse el vaciamiento del ganglio, lo hace por uno o varios trayectos que se transforman en fístulas, que provocan cambios típicos en la piel y que permanecen abiertas durante meses y aún años. Al producirse la cicatrización espontánea de uno de ellos, la piel y tejidos vecinos se retraen, siendo lo habitual que en una zona próxima a ella aparezca un nuevo trayecto fistuloso, con mayor o menor secreción purulenta o seropurulenta, a veces de mal olor, por la infección secundaria. Y así continúa el cuadro a través de años, quedando como secuelas grandes cicatrices retráctiles unas, queloideas otras, pero en general cicatrices viciosas de mal aspecto estético.

El tratamiento de las adenitis tuberculosas del cuello ha variado desde principios de este siglo y no ha existido un criterio uniforme para abordarlas. Así, hay autores que aconsejan el tratamiento quirúrgico precoz, con eliminación total del

o los ganglios, antes de que se produzca la fistulización, llegando a muy buenos resultados estéticos, pero existe la posibilidad de provocar una siembra hematógena y aún se han descrito casos de meningitis secundarias a la intervención. Fuera de ello, en ocasiones es imposible extirpar todos los ganglios comprometidos.

Los tratamientos médicos han sido más numerosos, pero ninguno aseguraba una reintegración total y, sobre todo, el acortamiento de la evolución del proceso era muy relativo. Se emplearon, antes de existir los antibióticos, productos yodados, arsenicales y vitamina D² y A en elevadas dosis. Con la aparición de la estreptomina pareció mejorar el pronóstico. Los resultados que con ella se obtuvieron pueden sintetizarse así:

1) Acortamiento de la duración de la fistulización.

2) Aplicada localmente, en ocasiones producía una rápida liquefacción del contenido ganglionar, facilitando su vaciamiento en masa o bien la aspiración. En adultos especialmente, se obtuvieron espléndidos resultados en adenitis de forma caseosa (Valenzuela, R., Tesis).

Pero el hecho es que después de 5 años de experiencia en el Hospital "Roberto del Río", se ha llegado al convencimiento de que, si bien la estreptomina es un buen coadyuvante, sobre todo en el sentido de modificar favorablemente los trayectos fistulosos, no impide la formación de nuevas fístulas; así como tampoco evita el compromiso de nuevos ganglios, los que evolucionan hacia la caseificación aún en pleno tratamiento con estreptomina. Por otra parte, es en este tipo de lesiones de evolución tórpida, donde se pudo apreciar en forma más notoria el proceso de resistencia del *Mycobacterium tuberculosis* al antibiótico.

En Mayo de 1952 se inició el tratamiento con hidrazida (1) de esta enfermedad, en el Policlínico de Tuberculosis del Hospi-

* Se usó hidrazida de los Laboratorios Lepetit, Schering y Fabá.

tal "Roberto del Río", sin tener en esa fecha ninguna experiencia nacional o extranjera sobre dosis, general y local, ni tampoco sobre el tiempo que debía mantenerse el tratamiento con la droga.

MATERIAL

El número de adenitis tuberculosas tratadas asciende a 39, pero en el presente trabajo se estudian sólo 22 por las siguientes razones:

1) Se analizan sólo las adenitis del cuello excluyendo las axilares e inguinales, que son más raras y de más difícil comparación.

2) Se exigió en los casos en estudio la presencia del Bacilo de Koch o, en su defecto, la existencia de biopsia positiva.

3) Se eliminaron aquellos niños con adenitis en los cuales existía concomitantemente querato-conjuntivitis flictenular y, en general el cuadro de escrófula, ya que ello será motivo de una comunicación aparte.

De ahí que el número de niños que se presentan sea sólo de 22, con las características siguientes:

Edad:		
0 a 3 años	.....	3 niños
4 a 7 años	.....	11 niños
8 a 11 años	.....	8 niños

Sexo:		
Femenino	.....	13 niños
Masculino	.....	9 niños

El tipo de adenitis era el siguiente:

a) Pre-esternocleidomastoídea	.....	10
Submaxilar	.....	6
Mixtas	.....	6
b) Unilaterales	.....	5
Bilaterales	.....	17
c) Fistulizadas	.....	11
Cerradas con reblandecimiento	.....	9
Cerradas sin reblandecimiento	.....	2

9 niños habían recibido anteriormente tratamiento con estreptomycin, sin resultado satisfactorio.

El tiempo de evolución varió de:

0 a 30 días	.....	4 niños
31 a 90 días	.....	9 niños
91 a 150 días	.....	7 niños
Más de 151 días	.....	2 niños

PLAN DE TRATAMIENTO

Tratamiento general.

Como se dijo antes las dosis empleadas fueron muy variables de acuerdo a la experiencia que se fué adquiriendo. Así es como en los 7 primeros enfermos se usó dosis de 3 mgrs. por kgr. de peso, la que se aumentó después del segundo mes de tratamiento a 5 y 7 mgrs.

Desde Octubre de 1952 las dosis empleadas fluctúan entre 7 y 10 mgrs. por kgr. de peso, mantenidas un plazo mínimo de 6 meses.

Tratamiento local.

También fué necesario modificar las dosis conforme a la evolución de la enfermedad. En los primeros casos se inyectó localmente en cada ganglio, en la masa ganglionar o a través de la fístula, dosis de 5 a 10 mgrs. de hidrazida. Posteriormente se standardizaron las dosis en 25 y 50 mgrs. en un centímetro cúbico, empleando la hidrazida cristalina, la que permitía hacer las soluciones en la proporción que se deseara, ya que es de gran solubilidad. El ritmo de las punciones fué cada 48 horas, empleándose en ocasiones diariamente; la punción se hizo donde había mayor fluctuación, sin tomar la precaución de hacerla en tejido sano, no observando en ningún caso la producción de fistulas en los sitios donde se inyectó la hidrazida. Antes de la inyección de la droga se aspiró en todos el máximo de pus.

El detalle de la dosis empleada por vía general se expone a continuación:

3 a 5 mgr. por kilo de peso	10 casos
6 a 8 mgr. por kilo de peso	5 casos
9 a 10 mgr. por kilo de peso	7 casos

En el cuadro siguiente se detallan las dosis empleadas por vía local y el número total de punciones:

Nº de punciones	Hidrazida en dosis de:		
	10 mgrs.	25 mgrs.	50 mgrs.
3 - 7	1	3	1
8 - 13	4	5	2
13 - 17	2	1	1
Total de casos:	7	9	4

NOTA: 2 niños no recibieron tratamiento local.

ESTUDIO BACTERIOLÓGICO

En todos los niños se hizo la investigación del bacilo de Koch en el pus ganglionar encontrándose lo siguiente:

Bacilo de Koch positivo en 20 niños.

Bacilo de Koch negativo en 2 niños.

En estos 2 últimos se hizo biopsia, la que mostró tejido tuberculoso en ambos.

LESIÓN TUBERCULOSA CONCOMITANTE

Diseminación hematógena	1 niño
Complejo primario en evolución	6 niños
Complejo primario en regresión	4 niños
Complejo primario calcificado	3 niños
Peritonitis tuberculosa	1 niño
Osteoartritis tuberculosa de la cadera	1 niño
No se comprobó otra lesión tuberculosa	7 niños

Todos los niños tenían reacción de tuberculina (Mantoux 1 x 1.000) positiva (sobre 10 mm. de diámetro).

CUADRO HEMATOLÓGICO

Mostraba lo siguiente, en sus cifras promedio, antes del tratamiento:

Hematíes	3.800.000 por mmc.
Hemoglobina	78%
Leucocitos	7.400 por mmc.
Baciliformes	16%
Eosinófilos	1%
Velocidad de sedimentación	21 mms.

Resultados del tratamiento.

Se pueden resumir en la siguiente forma:

a) Mejoría clínica total	12 niños
b) Mejoría parcial	4 niños
c) Mejoría con recaída	4 niños
d) Fracaso del tratamiento	2 niños

La acción de la hidrazida mostró su máxima eficacia sobre la evolución de los trayectos fistulosos, ellos cicatrizan completamente antes de los 15 días de tratamiento. Localmente se pudo apreciar que si el ganglio estaba total o parcialmente caseificado, con la terapia, ya desde la segunda o tercera inyección, el pus se hacía más fluido pudiendo extraerse con facilidad, apreciándose clínicamente una ex-

tensión de la zona de fluctuación. Desde el mes de terapéutica, el ganglio empieza a disminuir de tamaño y a retraerse, quedando finalmente un nódulo indurado, habiendo sido posible demostrar su total calcificación a la pantalla fluoroscópica en 4 niños 12 meses después de iniciada la terapéutica y 6 meses después de suspendida.

Cuando la fístula llevaba un período muy largo de evolución, la curación de ella se hizo dejando las mismas cicatrices que se observaban en los niños tratados con estreptomycin o en aquellos que curaban espontáneamente. Pero, si la fístula era de reciente iniciación, la cicatriz era muy poco deformante y en ocasiones insignificante. En 6 niños en los que se hizo control bacteriológico, se apreció la esterilización del pus en los 10 primeros días de tratamiento.

En todos los niños se observó mejoría del estado general, con marcado aumento de peso, debido a la notable mejoría del apetito. Fiebre había sólo en 8 niños y ella se normalizó en el primer mes de terapéutica. También se apreció gran alivio del dolor local en 3 niños que lo presentaban en forma intensa y junto a su desaparición mejoró también el insomnio secundario a él.

2 niñas en las cuales la adenitis del cuello era un epifenómeno (en una a peritonitis tuberculosa y en la otra a diseminación hematógena), curaron en un plazo de 3 meses, paralelamente a la mejoría del cuadro principal. En la niña que tenía peritonitis fué necesario hacer 12 inyecciones locales de 50 mgrs. de hidrazida y en la otra se hizo tratamiento sólo por vía general a razón de 7 mgrs. por kilo de peso durante 9 meses.

El tratamiento también tuvo clara influencia sobre el cuadro hematológico, lo que se puede apreciar en el cuadro siguiente en que se dan las cifras promedio a los 3 meses de iniciado:

Hematíes	4.500.000 por mmc.
Hemoglobina	83%
Leucocitos	9.200 por mmc.
Baciliformes	5%
Eosinófilos	5%
Velocidad de sedimentación	10 mms.

Es decir, con el tratamiento se aprecia, desde el tercer mes, mejoría de la anemia, aumento en la cifra de leucocitos, dismi-

nución apreciable del tanto por ciento de baciliformes y de la velocidad de sedimentación, experimentando un aumento apreciable la cifra de eosinófilos.

Los resultados generales obtenidos, pueden clasificarse así:

a) *Mejoría clínica total.*

12 niños llegaron a la curación completa, teniendo todos ellos más de 6 meses de control después de suspendida la hidrazida por vía general. La dosis que se empleó fluctuó entre 5 y 10 mgrs. por kilo de peso. La duración del tratamiento local, a base de inyecciones de hidrazida, en ninguno excedió de los 2 meses y el ritmo fué cada 2 días para las 5 primeras y luego 2 veces por semana, haciendo en todos aspiración de pus. El tratamiento general se mantuvo durante 6 meses. En 8 niños las cicatrices fueron muy insignificantes y sin gran retracción y en los restantes quedaron cicatrices queiloideas, pues el tiempo de evolución antes de la terapia era muy prolongado.

b) *Mejoría parcial.*

4 niños mejoraron apreciablemente pero sin llegar a la resolución completa del proceso. En todos se observó la cicatrización de los trayectos fistulosos, pero era dable observar, después de 6 meses de terapéutica, la presencia de ganglios en actividad, sin existir fistulas; junto a lo cual existía velocidad de sedimentación elevada y desviación a la izquierda de la fórmula leucocitaria, con alto porcentaje de baciliformes. Ellos se encuentran en tratamiento habiéndose acentuado la mejoría en los últimos meses.

c) *Recaídas.*

Experimentaron recaída 4 niños, todos recibieron hidrazida general por un plazo inferior a 4 meses en dosis que fluctuaban entre 3 y 5 mgrs. por kilo de peso. La reaparición de ganglios en actividad se pudo apreciar en un niño a los 2 meses y en los restantes entre el tercero y el cuarto mes después de suspendida la terapia. 2 de ellos se fistulizaron nuevamente, pero las fistulas mejoraron con la reanudación del tratamiento general. El tiempo de observación de ellos es muy escaso para pronunciarnos sobre el resul-

tado definitivo. 2 niños tuvieron en la recaída baciloscopía positiva.

d) *Resultados mediocres.*

2 niños evolucionaron desfavorablemente. Ellos recibieron 3 y 5 mgrs. por kilo de peso de hidrazida, durante 3 meses. Eran procesos de más de un año de evolución, con gruesas fistulas e intensas lesiones de escrófuloderma. El proceso pareció mejorar en un principio, cerrando las fistulas, pero en pleno tratamiento entraron en actividad otros grupos ganglionares, los que también se fistulizaron, siendo el período de supuración en uno de 12 días y en el restante de 25. Al término de la terapéutica, que fué de 90 días, persistían ganglios reblandecidos, los que posteriormente se abrieron a la piel. El control de estos 2 niños, ambos hermanos, fué posible seguirlo por 6 meses y sólo un mes después de reiniciada la terapéutica con dosis de 15 mgrs. por kilo de peso. En este plazo se había observado mejoría del estado general y los nuevos trayectos fistulosos estaban en cicatrización, pero por haberse trasladado a otra provincia, nos vimos privados de seguir su control.

RESUMEN

Se reúnen 22 niños con adenitis tuberculosas del cuello, confirmadas por la investigación bacteriológica o bien por biopsia. Todos fueron tratados con hidrazida del ácido isonicotínico por vía general y 20 de ellos recibieron también tratamiento local asociado. La dosis empleada fué de 3 a 5 mgrs. por kilo de peso en 10 niños y en los 12 restantes se aumentó de 7 a 10 mgrs. Los mejores resultados se obtuvieron en este último grupo de niños. El tiempo que se mantuvo la terapéutica fué de 6 meses, como mínimum. Recayeron o se obtuvo un resultado mediocre aquellos enfermos que recibieron menos de 100 días de tratamiento. Se hizo terapia local con hidrazida en dosis de 10, 25 y 50 mgrs. por inyección, con ritmo cada 2 días las cinco primeras y luego 2 veces por semana, estimándose en 2 meses el plazo máximo. Se aconseja el empleo de dosis de 25 a 50 mgrs. disueltos en 1 o 2 centímetros cúbicos de agua bidestilada. Las inyecciones son muy bien toleradas. En todos los casos se hizo aspiración de

pus, en mayor o menor cantidad; esta operación se hacía con facilidad después de la tercera punción, pues el pus se fluificaba y escurría sin dificultad.

En el 90% de los niños los trayectos fistulosos cicatrizaron completamente en el curso del primer mes de tratamiento.

En los niños en que existía caseificación parcial, se hizo total en el curso del tratamiento (7 casos), produciéndose en 2 niños su total eliminación, con rápida cicatrización de la lesión.

En un 27% de los casos se observó recaída o resultados mediocres, atribuyendo la causa de ello a dosis insuficientes por vía general, así como al hecho de haberla indicado por un período corto de tiempo (sólo 3 meses); ello se debió a que no existía experiencia referente a la duración del tratamiento.

El 55% de los niños llegaron a la curación total, sin recaída, teniendo la mayoría más de 6 meses de control después de suspendida la terapia. Las cicatrices en la casi totalidad fueron estéticas, sin grandes retracciones.

El 18% experimentó notable mejoría, sin llegar a la curación total en 6 meses de tratamiento.

CONCLUSIONES

1) La hidrazida del ácido isonicotínico es un tratamiento eficaz en las adenitis tuberculosas cervicales. Las dosis más activas por vía general fluctúan entre 7 y 10 mgrs. por kg. de peso, mantenidas como mínimo 6 meses y local en inyección intraganglionar o a través de los trayectos fistulosos, a razón de 25 a 50 mgrs.

por dosis. Debe hacerse la aspiración del pus antes de la inyección.

2) La acción más precoz e intensa se observa en los trayectos fistulosos, que cicatrizan en un 90% de los casos antes de los 15 días de terapéutica.

3) El 55% de los niños llegaron a una curación total y un 18% experimentó una notable mejoría. El 27% de los enfermos presentaron recaída o el efecto fué mediocre.

4) El 90% de los casos experimentó apreciable mejoría del estado general con aumento del apetito y del peso.

SUMMARY

1. Hydrazide of the isonicotinic acid is an effective treatment in cervical tuberculous adenitis. The most active intramuscular dose fluctuates between 7 and 10 mgrs. per kilo of weight, maintained for a minimum of 6 months, and locally by intraganglionic injections or through the fistular tracts, in doses of 2 to 50 mgrs. Pus should be aspirated before the injection.

2. The most intense and precocious action is observed in the fistular tracts which heal, in 90 per cent of the cases, before 15 days of treatment.

3. 55 per cent of the children healed completely and an 18 per cent showed a great improvement. 27 per cent of the patients had a relapse or the results were mediocre.

4. 90 per cent of the cases showed considerable improvement of their general state of health with better appetite and a gain in weight.