Casos Clínicos

UN CASO DE TUBERCULOSIS DE LA GLANDULA PAROTIDA

Dr. JOSE CARLOS QUIROGA

Servicio de Pediatría del Hospital Clínico Regional, Concepción.

Jefe interno: Dr. Daniel Campos M.

En el Congreso Italiano de Cirugía del año 1893, Paoli describió por primera vez la tuberculosis de las glándulas salivales. En 1908 Gilmer relata un caso de tuberculosis de las sublinguales. Después, en 1923, Braun logra reunir 36 observaciones, de las cuales 28 tenían localización parotídea y 8 localización submaxilar. La revisión de la literatura nos hace encontrar más de una veintena de autores que, después de Aschoff, informan sobre la localización de la tuberculosis en las glándulas salivales. Todos ellos, la mayoría europeos, relatan casuística reducida.

La tuberculosis de la parótida ha sido observada generalmente en un lado (Heinike y Kuetner); en la mayoría de los casos se trata de personas en el tercer o cuarto decenio de la vida y la tuberculosis parotídea se presenta en su mayoría como única manifestación de localización. Su coexistencia con otras localizaciones en el mismo individuo es rara; los niños tendrían más tendencia a ello. Braun, Frank y Mintz relatan casos de parotiditis tuberculosa en niños de 9 meses, 22 meses y 3 años.

Histológicamente se encuentran tubérculos miliares o conglomerados de tipo epiteloideo, también acompañados de las típicas células de Langhans. La localización se hace en el parénquima glandular mismo, a nivel de los conductos y en el intersticio. Siempre se observa un ganglio linfático intraglandular comprometido. Heinike informó sobre un caso de tuberculosis de ganglios linfáticos intraglandulares sin lesión del parénquima parotídeo, salvo la atrofia por compresión. Un caso similar relata Haslhofer en un niño de 8 años.

Clinicamente no tiene caracteres propios. Es una tumefacción crónica, indolora, difusa o localizada, que no se acompaña de ningún síntoma general ni síntomas clásicos de impregnación tuberculosa. La forma difusa es la más frecuente, con tumefacción global de la glándula; rara vez se observa la forma localizada. Se pueden observar formas tuberosas y nodulares, a veces cirróticas, o formas con extensa caseificación y cavernización (Bockhorn y Scheib). La forma circunscrita se presenta como tumor único, limitado, que luego se hace fluctuante y presenta los caracteres de un absceso frío.

La evolución es lenta; poco a poco hay aumento de volumen, compromiso cutáneo y luego fistulización. Antes de ella generalmente se opera y el diagnóstico se hace con el examen de la pieza operatoria.

Como signos funcionales se citan cierta sensibilidad local, excepcionalmente neuralgias, trismus y parálisis facial. A veces aumento de volumen submaxilar durante las comidas (infarto).

El diagnóstico generalmente se hace después de la intervención con el estudio de la pieza operatoria. Es excepcional hacerlo antes. La punción-biopsia y la inculación en el cobayo podrían identificar la enfermedad. También se citan la sialografía y el citodiagnóstico.

Respecto a la *puerta de entrada* hay disparidad de opiniones entre los autores al darle importancia a los diversos mecanismos conocidos: 1) La infección por los conductos ha sido sostenida por varios, ya que éstos se encuentran lesionados en primer lugar al examen histológico. Pero Heinicke menciona casos de tuberculosis pulmonar grave con abundantes bacilos de Koch en el esputo y cavidad bucal sin en-

contrar por esto lesiones en las glándulas salivales. 2) Scheib se pronuncia en favor del origen hematógeno por la observación de tuberculosis de la parótida en un enfermo de tbc pulmonar grave. Kauffmann le da importancia a la vía parotídea. Paoli encuentra tbc en las vainas del nervio facial y se inclina por la importancia de la vía nerviosa. Loumagne observa tbc de las parótidas en relación con tbc ósea de la piel y señala el mecanismo por continuidad.

El tratamiento ideal es la ablación de la glándula salival. En la parótida, por la presencia del facial, sólo recomiendan abertura y cauterización; no se recomiendan en esta glándula la exéresis radical.

El pronóstico, es excelente. Parece no haber ninguna propensión a la recidiva. Sólo Paoli relata un caso de compromiso parotídeo un año después del compromiso del lado opuesto.

CASO CLÍNICO

Se trata de una enferma de 5 años de edad, cuya madre tiene tuberculosis pulmonar en tratamiento en su casa. Enferma sin BCG. Su enfermedad data de 1 mes antes con decaimiento e inapetencia. Veinte días antes tiene aumento progresivo de la zona parotídea derecha.

Al examen tiene un peso de 15 kilos, signos de bronquitis; aumento de la zona parotídea derecha, palpándose una tumefacción del tamaño de un poroto con piel adherida y sin fijación a los planos profundos. Pequeño infarto ganglionar en la zona submaxilar de ese lado. Discreta parálisis facial derecha.

Ingres a con diagnóstico de observación de contagio tuberculoso y de adenitis tuberculosa preauricular. Sedimentación alta y hemograma con desviación a izquierda. Radiografía de tórax normal.

Se hace tratamiento con estreptomycin a y tizide. En vista de la persistencia de su lesión preauricular se solicita consulta con el cirujano y se opera a los 30 días de tratamiento médico. Se extrae la masa caseosa y se coloca estreptomycin in situ. Cicatrización per primam al 6º día. Histológicamente la estructura parotídea está destruida en gran parte; en su lugar se ven numerosos tubérculos y partes más grandes caseificadas, con tejido de granulación tuberculoso específico, con células epiteloides y numerosas células gigantes de Langhans. Conclusión: Parotiditis tbc caseosa.

RESUMEN

Se relata un caso de tuberculosis de la glándula parótida.

SUMMARY

A case of tuberculosis of the parotid gland is described.

BIBLIOGRAFÍA

1. COLLINS, D. U. y SHUCKSMITH, W. S. — J. Path. & Bact., London, 66:399, 1953.
2. HENKEL-BARCH, — "Handbuch der Speziellen pathologischen Anatomie und Histologie", Julius Springer Verlag, Berlin, 1929, Tomo V, 2ª parte.
3. HUBSCHMANN, P. — Pathologische Anatomie der Tuberkulosis, Julius Springer Verlag, Berlin, 1928.
4. LEBORGE, L. — Presse Méd., 59:334, 1951.
5. ROMINGER, B. — Kinderheilkunde J. Springer Verlag, Berlin, 1950.
6. ZITKA, E. — Oesterr. Zschr. Stomat., 48:290, 1951.
7. GILMER, — Citado por Leborge, L.
8. BRAUN, A. — Beitr. Klin. Chir., 130:118, 1924. (Citado en Handbuch der Spez. Pathol.).
9. KUTTNER, — (Citado en Handbuch der Path.).
10. FRANK, — Ann. Surg., 36:915, 1902. (Citado por H. der Path.).
11. MINTZ, — Dtsch. Z. Chir., 61:250, 1901. (Citado en H. der Path.).
12. HASLEHOFER, — Virchow Arch., 266, 498, 1927. (Citado en H. der Path.).
13. BOCKHORN, — (Citado en Handbuch der Path.).
14. SCHEIB, — (Citado en Handbuch der Path.).
15. PAOLI, — (Citado en Handbuch der Path.).

Más agradecimientos a la Dra. Lisselotte Pachaly, por su valiosa cooperación en la revisión bibliográfica.