

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
“DR AGOSTINHO NETO”
GUANTANAMO

LARINGITIS Y ESCROFULA TUBERCULOSAS. INFORME DE UN CASO

*Dra. Ania Emilia Fernández Moreno¹, Dr. Yoel Antonio Fernández Moreno²,
Dra. Idalmis Mosqueda Calá³, Dr. Raúl del Cristo Santiesteban⁴, Dr. Darcia
Noa Moreira⁵, Dr. Felipe Saiç Machado.⁴*

RESUMEN

La tuberculosis es la enfermedad infecciosa humana más importante que existe en el mundo. Es considerada actualmente como una enfermedad reemergente. Las variantes extrapulmonares suponen 10 a 20 % del total de tuberculosis que padecen los enfermos inmunocompetentes. Es infrecuente la aparición simultánea de diferentes formas clínicas extrapulmonares en un paciente. Por ello, se considera de interés la presentación del caso de una mujer de 68 años, previamente sana, con laringitis y adenopatía tuberculosas, en la que el diagnóstico definitivo se obtiene con estudio histológico, que acude a consulta con aumento de volumen no doloroso de la región submaxilar izquierda y que posteriormente se extendió a la región preauricular de ese lado. Luego de estudio, evoluciona favorablemente con el tratamiento protocolizado.

Palabras clave: TUBERCULOSIS LARINGEA/ diagnóstico.

INTRODUCCION

La tuberculosis continúa siendo, en el inicio del nuevo milenio, la enfermedad infecciosa humana más importante que existe en el mundo; a pesar de ser una enfermedad de la que se conoce tratamientos con capacidad de curación y bases científicas para su control en la comunidad, hace más de 40 y 30 años, respectivamente.¹

¹ *Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Neumología. Instructor.*

² *Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar. Hospital Militar “Joaquín Castillo Duany” Santiago de Cuba.*

³ *Especialista de I Grado en Neumología. Instructor.*

⁴ *Especialista de I Grado en Medicina Interna. Instructor.*

⁵ *Master en Enfermedades Infecciosas. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Instructor.*

El bacilo tuberculoso desde las fases iniciales de su agresión al organismo humano puede diseminarse por vía linfática o hematógica a cualquier órgano o tejido. Puede tardar años hasta que se desarrolla la enfermedad. Las formas extrapulmonares suponen 10 a 20% del total de tuberculosis que padecen los enfermos inmunocompetentes, aunque esta frecuencia se incrementa notablemente en las personas inmunodeficientes.²

Es infrecuente la aparición simultánea de diferentes formas clínicas extrapulmonares en un paciente, de ahí que se considerara de interés presentar un caso en el que coexistieron dos formas de localización extrapulmonar de la enfermedad tuberculosa, cuya clínica estuvo marcada por ausencia de síntomas y signos de actividad infecciosa tuberculosa y curso insidioso.

PRESENTACION DEL CASO

Paciente del sexo femenino, 68 años de edad, previamente saludable, que acude a consulta por presentar desde hacía cinco meses aumento de volumen no doloroso de la región submaxilar izquierda que posteriormente se extendió a región preauricular de ese mismo lado. Refiere que en el mes previo al ingreso aparecieron en la zona descrita pequeñas aberturas por las que drenó material no fétido, de aspecto seroso y ocasionalmente blanquecino. Por este motivo ingresa y se considera el diagnóstico de tuberculosis o metástasis ganglionares.

Examen físico:

Cuello: Aumento de volumen en región submaxilar que se extiende hasta la región preauricular, se palpan varias tumoraciones entre 1 y 3 cm que impresionan corresponder con ganglios linfáticos de consistencia dura, adheridos a los planos adyacentes. La piel que los recubre de color y temperatura normal. Se observan dos orificios a través de los cuales sale secreción blanco amarillenta no fétida (Figura 1).

Examen otorrinolaringológico: Amígdala izquierda hipertrófica y críptica, granulaciones en la pared posterior de la faringe de color blanquecino. Mediante laringoscopia indirecta se observa aumento de volumen de aritenoides izquierdo, con edema que se extiende hasta el repliegue aritenopiglótico de ese lado. Engrosamiento del seno piriforme.

Estudios complementarios:

Hemoglobina: 105 g/l

Leucocitos: $10 \times 10^9/l$. Diferencial normal.

Eritrosedimentación: 32 mm/h

Proteínas totales: 37 g/l

VIH: Negativo.

Prueba de la tuberculina: 3 mm

Bacilo ácido alcohol resistente (BAAR) en secreciones: Codificación 0.

Biopsia por ponche de lesión laríngea informa patrón histológico de reacción inflamatoria crónica granulomatosa, compatible con tuberculosis y sarcoidosis; Ziehl Neelsen negativo.

Citología por aspiración con aguja fina: Se obtiene material purulento con abundantes células necróticas y linfocitos reaccionales, no se observan células neoplásicas.

Biopsia de ganglio: Se aprecia granuloma con caseificación central y células gigantes compatibles con tuberculosis ganglionar. Ziehl Neelsen positivo (Figuras 2 y 3).

Cultivo del material de biopsia ganglionar: Codificación 8, positivo para *Mycobacterium tuberculosis* humano.

DISCUSION DEL CASO

La presentación clínica de tuberculosis extrapulmonar puede ocurrir en cualquier momento después de la primoinfección o presentarse en estadios tardíos de la vida por reactivación de bacilos latentes.

La elevada frecuencia con que el *Mycobacterium tuberculosis* se disemina por vía linfática hace que la tuberculosis ganglionar sea muy frecuente, sin embargo, el mecanismo involucrado en la tuberculosis laríngea es la vía hematógena; y más, frecuentemente, por extensión directa de una tuberculosis pulmonar extensa.³

Por lo que se considera de importancia señalar el caso que se presenta por la coexistencia de dos formas de tuberculosis extrapulmonar que no comparten la misma vía de diseminación, lo que constituye un hecho poco frecuente.

El control de estos focos de siembra depende de factores inmunológicos, algunos generales, que explican razonablemente la reactivación tuberculosa; pero son menos claros los factores locales. Se ha especulado acerca de la disminución de la producción de interferón o alteraciones en la generación de una respuesta supresora específica.⁴

La tuberculosis extrapulmonar aparece con mayor frecuencia en personas de raza negra y orientales, en mujeres y niños. En todos los lugares afectados por esta enfermedad existe un denominador común: lo inespecífico de la sintomatología que producen, ya que no existe síntoma o signo patognomónico de tuberculosis en ninguna localización.

En cada órgano o tejido que afecta produce inicialmente una clínica insidiosa y anodina que puede simular cualquier enfermedad⁵, por lo que es relativamente común la demora en su diagnóstico. Esto fue constatado en el caso presentado junto a la consideración diagnóstica de enfermedad neoplásica con mayor probabilidad.

Se infiere que el estado de enfermedad reemergente que ha alcanzado la tuberculosis en cualquiera de sus formas clínicas hace necesario reorientar el enfoque diagnóstico de los síndromes en los que puede estar implicada la enfermedad.

La tuberculosis ganglionar es la forma más común de la tisis extrapulmonar, generalmente es asintomática, predomina en las cadenas ganglionares cervicales y supraclaviculares, la participación de los ganglios submaxilares es menos frecuente y la evolución es la misma en todas las localizaciones. El ganglio afectado fistuliza espontáneamente, puede acompañarse de escrofulodermia por reactivación de la tuberculosis en el tejido subcutáneo, extensión local y fístulas que se ulceran y fibrosan. En el adulto se produce casi siempre por el *Mycobacterium tuberculosis*, en ausencia de indicios de tuberculosis extraganglionar y síntomas sistémicos.⁶

El poco crédito a la positividad de la prueba de la tuberculina dificulta el diagnóstico y la no exclusión de la enfermedad cuando es negativa. La punción aspirativa conlleva a muchos errores y el examen directo es poco útil.

En nuestro caso se recurrió a la biopsia del ganglio y, luego, al examen histológico y microbiológico por baciloscopia y cultivo del tejido obtenido; este

es el procedimiento recomendado.⁷ El diagnóstico se hizo seguro con la obtención del bacilo en el cultivo.

En la era preantibiótica la tuberculosis laríngea era una complicación usual de la tuberculosis pulmonar. Hoy más de la mitad de los casos se debe a siembra hematógena. Las manifestaciones clínicas son escasas y con frecuencia la enfermedad se diagnostica después de semanas o meses de evolución, por ello es imprescindible un elevado índice de sospecha que lleve a la visualización de la laringe por personal con experiencia. Se debe distinguir este tipo de tuberculosis con el cáncer de laringe. El pronóstico en la mayoría de los casos es favorable.⁸⁻¹⁰

La coexistencia de dos formas de tuberculosis extrapulmonar no hace el tratamiento diferente, aunque algunas escuelas defienden que se prolongue entre 9 y 12 meses en el caso de la tuberculosis linfática, debido a que los antibióticos llegan con dificultad al tejido linfoide. La presencia de adenopatías residuales y su aumento de tamaño con fistulización durante el tratamiento no indica una mala evolución, siempre y cuando el tratamiento sea correcto en todas sus partes.¹¹

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Cabrera P, Rodríguez de Castro F. (editores). Manual de enfermedades respiratorias. 2ªed. Gran Canaria; 2005.
2. Caminero JA. Guía de tuberculosis para médicos especialistas. París : (UICTER); 2003.
3. Agustí C, Almonacid C, Agustí A, Álvarez CJ, Ancochea J, Antón A, *et al.* Medicina Respiratoria[en CD. Madrid: Edit Glaxo SEPAR; 2005.p. 889-901.
4. Fanning A. Tuberculosis: Extrapulmonary disease. CMAJ. 1999; 161:488-9.
5. Ortona I, Federico G. Pulmonary disease and extrapulmonary tuberculosis. Rays. 1998; 23:64-77.
6. Fargas V. Tuberculosis extrapulmonares. En: Fargas V. Tuberculosis. Santiago de Chile: Publicaciones Técnicas Mediterráneo; 1992.p.68-94.
7. Caminero JA, Pena MI. Exogenous reinfection of tuberculosis on an european island with a moderate incidente of disease. Am J Respir Crit Care Med. 2001; 163:717-20.

8. Kandiloros DC, Nikolopoulos TP, Ferekidis EA, Tsangaroulakis A. Laryngeal tuberculosis at the end of the 20th century. *J Laryngol Otolaryngol*. 1997; 111:619-21.
9. Montejo M, Alonso M, Aguirrebengoa K, Moreno G. Tuberculosis laríngea: Estudio de 11 casos. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2001; 52:53-6.
10. Neeta S, Kulkarni MS, Gopal MS, Ghaisas MS, Nikhil A. Epidemiological considerations and clinical features of ENT tuberculosis. *J Laryngol Otolaryngol*. 2001; 115:555-8.
11. Stelianides S, Belmont N, Fantin B. Manifestations and diagnosis of extrapulmonary tuberculosis. *Rev Mal Respir*. 1997; 14:72-87.

FIGURAS



Figura 1. Lesión del cuello en la que se pueden apreciar los orificios de drenaje.

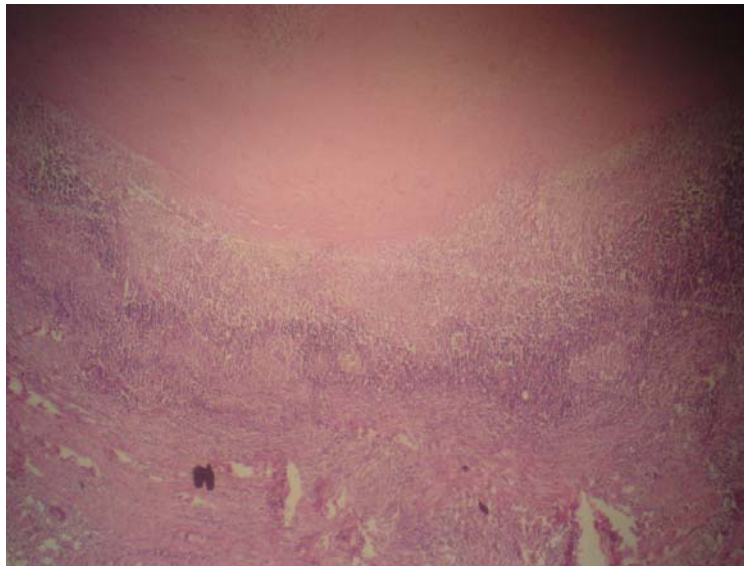


Figura 2. Corte histológico visto a menor aumento del granuloma tuberculoso.

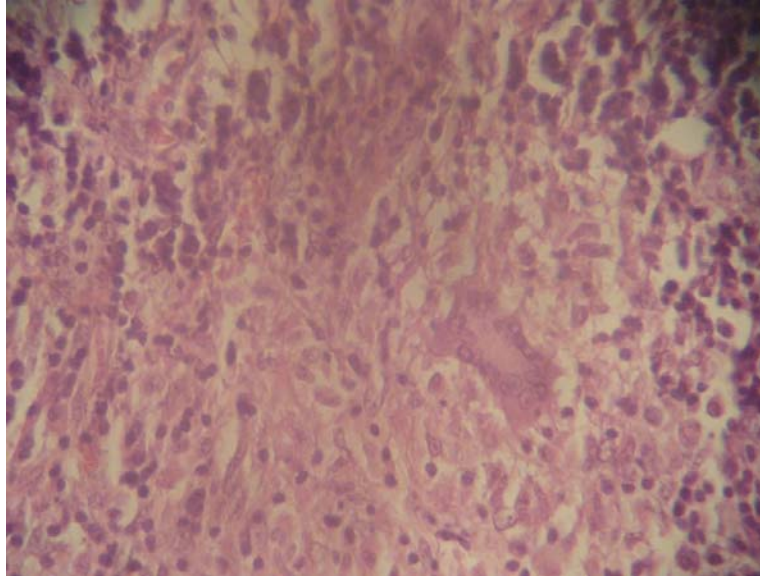


Figura 3. Imagen a mayor aumento del granuloma tuberculoso, se aprecian células epitelioides, células gigantes de Langhams y linfocitos.