

CIENCIAS CLÍNICAS Y PATOLÓGICAS

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana
Facultad de Ciencias Médicas de La Habana
Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Enrique Cabrera"
Hospital General Docente "Dr. Enrique Cabrera"

Tuberculosis en faringe y laringe: presentación de un caso

Tuberculosis in pharynx and larynx: case presentation

Dra. Tahamara Alcalá Villalón¹, Dra. Magalis Valdés Quintana², Dr. Ramón Portales Pérez³, Dra. María Victoria López Soto⁴

¹Especialista Primer Grado en Otorrinolaringología. Asistente. *Master* en Medicina Natural y Bioenergética. Calle 7ma entre A y B, apartamento 41 Altahabana, Boyeros. Ciudad de La Habana talvi@infomed.sld.cu

² Especialista Primer Grado en Neumología. Calle 71 núm. 21823 entre 218 y 220. La Lisa. Ciudad de La Habana. magalislourdes@infomed.sld.cu

³Especialista Segundo Grado en Anatomía Patológica. Auxiliar. Calle 7 núm. 1805 entre 18 y 20 Bejucal. Provincia Habana. portales@infomed.sld.cu ⁴ Especialista Grado en Anatomía Patológica. Auxiliar. Calle J núm.15038 entre A y D Altahabana. Boyeros. Ciudad de La Habana. vicksam@infomed.sld.cu

RESUMEN

La tuberculosis, infección bacteriana crónica causada por el *Mycobacterium tuberculosis*, declarada por la OMS (1993) como emergencia epidemiológica, afecta mayoritariamente los pulmones, pero puede afectar a otros órganos (Tb. Extrapulmonar), entre estos a la laringe, constituyendo la más frecuente enfermedad granulomatosa a este nivel y considerada una localización rara (menos de 1%); por ello nuestro interés de presentar un caso de Tuberculosis en faringe y laringe, con el objetivo de resaltar lo infrecuente de esta ubicación, los problemas diagnósticos y la importancia del estudio histopatológico. Paciente de 49 años, femenina, consulta por Odinofagia, se encuentra tumor en faringe, se realiza biopsia y el diagnóstico fue: *Sarcoidosis faríngea*, no regresó a consulta. Meses después asiste por disfonía, se visualiza tumor en laringe, se realiza biopsia y el

informe fue carcinoma de laringe; se negó a tratarse. Cuatro meses más tarde, ingresa en el Hospital Neumológico, por disnea, tos y disfonía, el diagnóstico fue tuberculosis pulmonar (Cod 9).

Interconsultan con Otorrinolaringología el tratamiento del cáncer laríngeo. Decidimos nueva revisión de las biopsias, y se arribó a las conclusiones siguientes: "Tuberculosis miliar acorde con su cuadro clínico y hallazgos anatómo-patológicos: (faringitis y laringitis granulomatosa); no se corresponde ni con Sarcoidosis ni con carcinoma Epidermoide previamente reportado."

Palabras clave: Tuberculosis (enfermedad) faringitis y laringitis granulomatosa, (Anatomía Patológica).

ABSTRACT

Tuberculosis is a chronic bacterial disease caused by *Mycobacterium tuberculosis*, declared by WHO in 1993 as epidemiological emergency warning, affecting mostly the lungs but it can also damage others organs (Extra lung Tb) such as the larynx being the most frequent granulomatous disease as this level and it considered as a rare location (less than 1%), that is why we are so interested in presenting this case report of larynx and pharynx disease, with the aspiration to highlight how few are the cases with this location, the diagnostic problems and the importance of a histopathologic analysis. 49 years, female patient came to the consultation because of odynophagia. A pharyngeal tumour was diagnosed and a biopsy was undergone which revealed pharyngeal Sarcoidosis. The patient did not come back to the consultation until several months later due to diphonia. A tumour in the larynx is visualized and a biopsy is undergone again which showed to be positive for laryngeal cancer; the patient refuses to be treated. Four months later the patient is admitted to the hospital in the Neumology hospital with a clinical picture of dyspnea, cough and dysphonic. The diagnosis was pulmonary tuberculosis. A consult is carried out which the otorrhinolaryngologist and a new consideration came out, concluding by pathological anatomy as tuberculosis. Taking into account the clinical picture and the anatomopathological findings that do not corresponded inther with Sarcoidosis or Epidermoide carcinoma previously reported.

The characteristics of this case led to this presentation.

Key words: Tuberculosis (disease) faryngitis and granulomatous laryngitis.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una infección bacteriana crónica contagiosa, causada por el *Mycobacterium tuberculosis*, considerada una endemia a nivel mundial, la que compromete primero que nada a los pulmones, pero, en ocasiones, puede aparecer la forma extrapulmonar, hasta en 20% de casos, afectando fundamentalmente a

ganglios linfáticos, pleura, aparato genito urinario, huesos, músculo esquelético, sistema nervioso central y laringe.^{1,2,3}

En Cuba, la cifra de Tuberculosis (Tb.) extrapulmonar es de 12%; se citan las tasas más altas en las provincias orientales; esta cifra sitúa al país en un lugar privilegiado a nivel internacional. En un estudio retrospectivo de 5 años, presentado por García S. E y cols., realizado en el Hospital Neumológico Benéfico Jurídico, 14 % de los casos tuvieron una Tb. extrapulmonar (pleura y ganglio), no se cita ningún caso de laringe.⁴

Aunque constituye la más frecuente enfermedad granulomatosa en la laringe, es considerada una localización rara (menos de 1%).^{5,6}

La tuberculosis laringea era muy común en la Tb. pulmonar avanzada, en la época antes de la drogoterapia eficaz (35-40%); en la actualidad es menos común, pero se debe tener en cuenta, porque puede existir una confusión clínica e histológica con un carcinoma y porque todavía es una complicación de la Tb. pulmonar en países en desarrollo.^{7,8}

Se plantea que es más frecuente en varones en una relación de 3:1 con respecto a las mujeres; en relación con la edad, se señala una mayor incidencia en la 5ta y 6ta décadas de la vida.⁹

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos utilizado las muestras obtenidas, con el consentimiento informado de la paciente, del tejido de faringe y laringe, posteriormente enviadas al Departamento de Anatomía Patológica, donde fueron procesadas para llegar al diagnóstico. Se realizó una revisión comparativa de todas las muestras, que permitió arribar al diagnóstico definitivo. Realizamos una revisión bibliográfica del tema.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 49 años de edad, femenina, quien asiste en diciembre de 2007 a consulta de Otorrinolaringología del Hospital General Docente "Enrique Cabrera", por dolor de garganta y molestias deglutorias, de varios meses de evolución. Al examen físico, se observa tejido neoformativo en amígdala derecha; se realiza biopsia, y se informa una *Sarcoidosis* faríngea; se hacen indicaciones con fines de estudiarla, pero no regresa a consulta.

En junio de 2008, asiste nuevamente a nuestro Centro, por presentar disfonía de 3 meses de evolución; al realizar la laringoscopia indirecta, se visualiza un tumor de epiglotis, con áreas de ulceraciones; se toma muestra para biopsia y el informe es un Carcinoma Epidermoide de la laringe, por lo que es valorada en consulta central de enfermedades oncológicas de cabeza y cuello, donde se decide el tratamiento que le corresponde según etapa clínica y estadio, (T3, N1, M0), al cual se niega la paciente.

En octubre de 2008, nos remiten del Hospital Neumológico Benéfico Jurídico una paciente diagnosticada con una tuberculosis pulmonar codificación 9 y con un diagnóstico hacia unos meses de cáncer de laringe, para lo cual no cumplía ningún

tratamiento; al revisar la historia y verificar que estábamos frente a la misma paciente ya conocida en nuestro Servicio, se decide pedir al colectivo médico de Anatomía Patológica nueva revisión de las biopsias (Biopsia 2008B-2480), por existir tres diagnósticos diferentes; se arribó a la misma conclusión siguiente:

INFORME DE LA BIOPSIA 2008 B-2480: "Proceso inflamatorio crónico de tipo granulomatoso, que afecta el tejido enviado, constituido por abundantes granulomas de células epitelioides, corona de linfocitos y clásicas células gigantes de tipo de Langhans, acorde a la codificación 9 encontrada en el Hospital Benéfico Jurídico; concluimos que se trata de proceso granulomatoso crónico-tuberculoso que afecta en este caso la laringe". (Figuras 1, 2, 3).

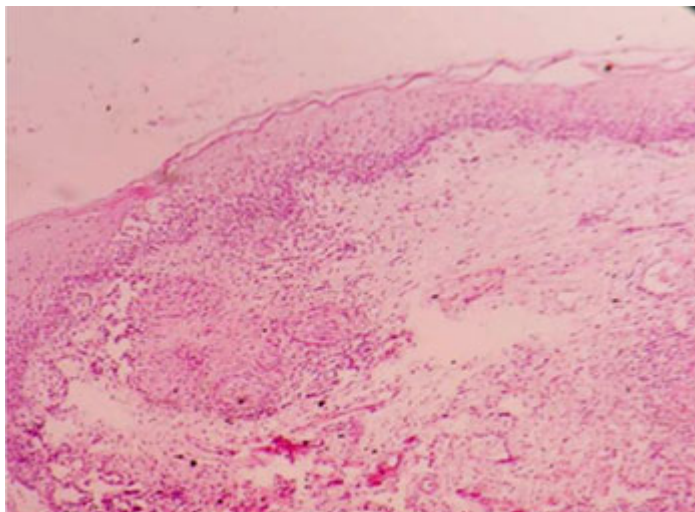


Figura 1. Epitelio de revestimiento normal de la laringe. Presencia de granuloma subepitelial.(H/E 10x).

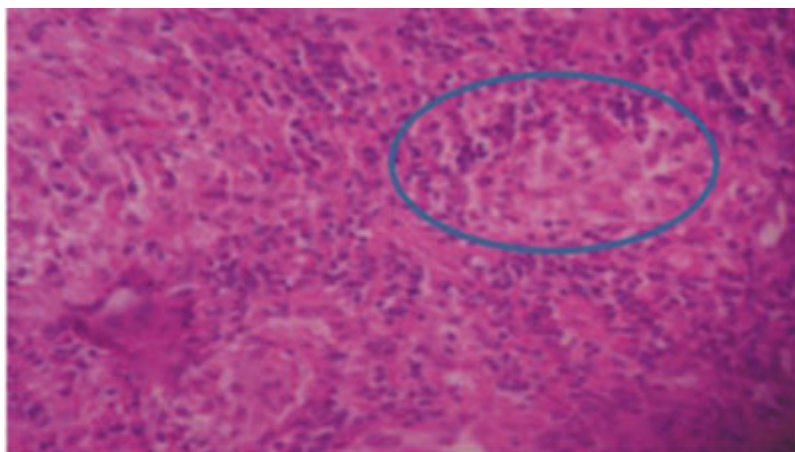


Figura 2. Presencia de células epitelioides rodeadas por una corona de linfocitos, a nivel de la pared granulomatosa. (H/E 20x).

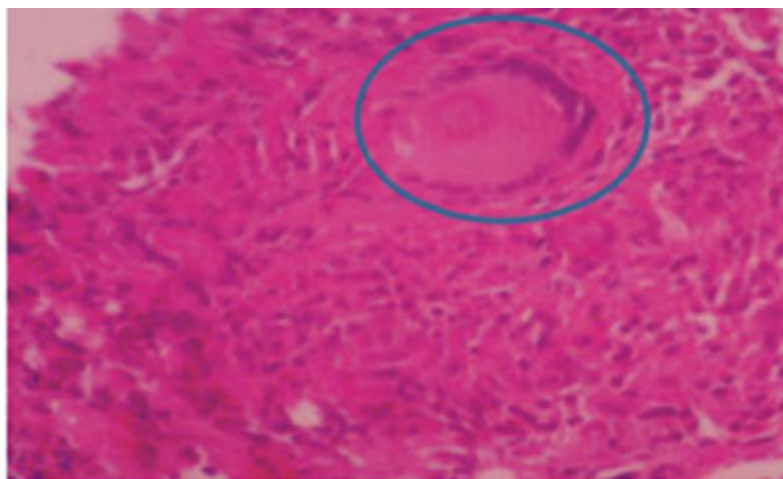


Figura 3. Célula gigante tipo Langhans. (H/E 100x).

El diagnóstico definitivo es el siguiente: Paciente afectada por Tuberculosis miliar acorde a su cuadro clínico y principales hallazgos anatomo-patológicos: (faringitis y laringitis granulomatosa), que no se corresponde ni con *Sarcoidosis* ni con carcinoma Epidermoide previamente reportado."

Otros hallazgos al interrogatorio

Antecedentes patológicos y familiares. Niega Tuberculosis.

Hábitos tóxicos.- Fuma de 1 a 2 cajas de cigarros al día.

Bebe alcohol en ocasiones.

Complementarios.

Hemograma.Normal.

Eritrosedimentación.72 Vol. %

Espudo B.A.A.R. cod.9

Rayos X de Tórax.Lesiones fibroproductivas multicavitadas en ambos campos pulmonares.

DISCUSIÓN

Entre las enfermedades granulomatosas crónicas de la faringe y laringe se cita la tuberculosis, casi siempre secundaria a la pulmonar, y formando parte del grupo de las conocidas como extrapulmonares, por ser una localización rara en estos órgano;, sin embargo, en los últimos años se han incrementado los casos y a pesar de ser poco común, continúa siendo la localización más frecuente de las vías respiratorias superiores y la enfermedad granulomatosa más frecuente en la laringe, representada por menos de 1 % de estos casos, gracias a las medidas de prevención, mejores condiciones de vida y la efectividad del tratamiento.^{5,8,10,11}

González M. (2006), cita a Paredes y cols., quienes en un estudio retrospectivo (1989_2001) plantearon que la tuberculosis en otorrinolaringología constituía 39,7% de las extrapulmonares y 7% del total de los casos de Tb., siendo la localización laríngea 18% de las extrapulmonares y 1,2% de la tuberculosis general.⁵

Kulkarni NS. (2001), en una revisión de un año, encontró 5 casos de Tb. en laringe, uno en amígdala y uno en oído.¹²

La infección puede ocurrir por tres vías:¹³

- 1- Invasión directa de la mucosa laríngea en pacientes con enfermedad avanzada.
- 2- Diseminación broncógena.
- 3- Diseminación hematógena o linfática.

Coincidiendo varios autores, en que la forma extrapulmonar se debe a la propagación hematógena de la infección.

El principal mecanismo patogénico es la inoculación directa de secreciones pulmonares con alta carga bacilar a partir del esputo contaminado, que al pasar a través de la comisura posterior, (zona más amplia), puede representar el factor predisponente al daño en los aritenoides, espacio interaritenoides, los pliegues ventriculares, las cuerdas vocales y, en menor grado, la superficie laríngea de la epiglotis, por ser estas zonas las del impacto del esputo, al toser, caracterizándose histológicamente por la formación o el desarrollo de granulomas.^{1,2}

Los síntomas son insidiosos al inicio, siendo la disfonía el principal, acompañado de disfagia, odinofagia y más tardíamente la disnea.^{13,14} Los signos inicialmente están dados por enrojecimiento e ingurgitación de la mucosa de la región, en ocasiones, esto se ve en una sola cuerda vocal (Monocorditis), luego, puede verse un exudado amarillento, nódulos submucosos, granulomas, pudiendo llegar hasta la parálisis de las cuerdas vocales.^{7,10}

El diagnóstico usualmente es demorado, por las dudas que ofrece el examen físico; la literatura revisada señala que en algunas formas de tuberculosis laríngea existen problemas con el diagnóstico definitivo, por su semejanza clínica con otras enfermedades y justamente con el cáncer de laringe, donde se ha planteado que puede coexistir hasta en 3,6% siendo la biopsia la que aporta el diagnóstico nosológico. En las lesiones verrugosas, el diagnóstico y tratamiento tienen un alto nivel de sospecha médica, de que la causa puede ir desde laringitis inespecífica a neoplasia y/o enfermedad granulomatosa.^{9,14}

En nuestra paciente, en la primera biopsia se planteó un cáncer laríngeo y en una segunda revisión se concluyó como una Tuberculosis de laringe.

En la bibliografía revisada, se mencionan también dudas diagnósticas, por lo que citamos a:

Cordova y cols., que presentan el caso de un paciente masculino de 48 años, con el diagnóstico presuntivo de cáncer laríngeo T3 N2 M0 y la biopsia informó una enfermedad granulomatosa.⁹

Richter, B. y cols., citan la historia de un paciente de 40 años con el posible diagnóstico de cáncer en epiglotis y el nosológico fue una Tb. Laringea; por ello los autores enfatizan que, aunque aun estos casos son raros, los otorrinolaringólogos deben pensar en la Tb. laringea al hacer el diagnóstico diferencial de los tumores laríngeos.¹⁵

Nishiike S, cita a un paciente con cáncer de laringe y después de tratamiento con radioterapia durante 4 meses, se constata en su evolución una masa tumoral en glotis, se realiza nueva biopsia y se informa una tuberculosis secundaria por inmunosupresión.¹⁶

González LM destaca el retraso del diagnóstico de tuberculosis en laringe del caso por él presentado, a pesar de una evolución de 6 meses con tos y disfonía persistente, pues no se pensó tempranamente en la indicación de la laringoscopia.⁵

Por todo lo expuesto, resulta importante, en aras de disminuir la demora en el diagnóstico, la necesidad del examen físico de la laringe, incluyendo la laringoscopia directa, en pacientes con disfonía de etiología no precisada, de larga evolución o con lesión inflamatoria inespecífica.

El diagnóstico nosológico debe basarse en el aislamiento del bacilo Tb en un espécimen o en pruebas histológicas, aunque con frecuencia se debe hacer por indicios clínico sólidos.⁴

Destacamos que la Tuberculosis continúa siendo un problema de salud mundial y aunque se sustenta que es rara la localización laríngea y su diagnóstico clínico en ocasiones es difícil, al ofrecer dudas con otras entidades, enfatizamos la necesidad de pensar en esta entidad entre las enfermedades de la laringe, en aras de aplicar tempranamente la terapéutica adecuada.

CONCLUSIONES

La enfermedad granulomatosa crónica en faringe o laringe no difiere clínicamente de los procesos neoplásicos malignos y a pesar de ser la tuberculosis una afección infrecuente en nuestro medio, debemos pensar en ella frente a una lesión tumoral en la laringe, por lo que es necesaria la biopsia para llegar al diagnóstico definitivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Maltrana GJA, Mahfoud MLL, Fernández LR. Tuberculosis laríngea. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *ORL Aragón*.2005; 8(1):7-9.
2. El manual Merc. Undécima edición. Sección 14: p.1651- 55,t VI, 2007.
3. Wan N, Wan M, Syaratul EH, Siti RI, Bakiah S. Reactivation of Ocular Tuberculosis in a young Immunocompetent patient. *Internacional Medical Journal*. March. 2007; 14 (1).

4. García SE, Yero DM, Valdés DS, Hernández HM, Rives RR. Comportamiento de la Tuberculosis extrapulmonar en el Hospital Neumológico Benéfico Jurídico, durante el quinquenio 1999-2003. *Rev.Cub.Med.Trop.* 2006; 58(3).
5. González LM, Lezana SV, Donoso AP, Barda VR, Moreno BT. Tuberculosis laríngea diagnosticada en una escolar. *Rev. Chil. Enf. Respir.* 2006; 22:19-200.
6. Porras AE, Martín MA, Pérez-Riquene J, Avalos SE. Laryngeal tuberculosis. *Rev. Laryngol. Otol. Rhinol.* 2002; 123(1):47-8.
7. Paparella MM, Shumrick DA. Granulomas específicos de la laringe. *Otorrinolaringología. Cap.34: 2433-2435;t.3, 1982.*
8. Montejo M, Alonso M, Aguirrenbengoa K, Moreno G, Goicoitxea J, Petreñas E y cols. Tuberculosis laríngea. Estudio de 11 casos. *Acta otorrinolaringol, española.* 2001; v. 52.
9. Codova ZAF, Combaríza JF, Aponte D, Pecheco J, Ospina E, Reveiz L, y cols. Caso clínico, Tuberculosis laríngea. Neoplasia aparente. *Rev. Coloma, Cancerol.* 2002; 6(4): 31-41.
10. Ballenger JJ. Enfermedades granulomatosas crónicas de la laringe. Edición revolucionaria. P. 447- 449, t. 1, 1981.
11. Sá LC, Meirelles RC, Atherino CC, Fernández JR, Ferraz FR. *Rev. bras. otorrinolaringol.* Nov de 2007; 73(6): 86-66.
12. Kulkarni NS, Gomal GS, Ghaisn S, Gupte NA, Epidemiological consideration and clinical features of ENT tuberculosis. *J. Laryngol Otol.* 2001 jul; 115 (7).
13. Hemmaoui B, Bouayti B, Errami M, Nadour K, Elboukhari A, Abrouq A, y cols. Laryngitis tuberculosis. A case report. *Rev. Laryngol. Otol. Rhinol. (Bord).* 2007; 128 (1-2): 93- 6.
14. Silva L, Damrose E, Bairo F, Nira ML, Junior JC, Costa HO. Infectious granulomatosis laryngitis a retrospective study of 24 cases. *Eur. Arch. Otorhinolaryngol.* 2008 Jun; 265 (6):675-80.
15. Richter B, Fradis M, Kohler G, Ridder G, Epiglottic tuberculosis: differential diagnosis and treatment. Case report and Review of the literature. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2001 Feb; 110(2): 197_ 201.
16. Nishiike S, Nagal M, Konishi M, Qihara T, Sakata Y, Nakaquwa A. Laryngeal Tb following laryngeal carcinoma. *J. Laryngol Otol.* 2006; 120 (2): 151-3.