

TBC LARÍNGEA UNA LOCALIZACIÓN POCO COMÚN DE LA TUBERCULOSIS

*Joanna Santeliz

RESUMEN

Según datos de la OMS, la tuberculosis es una de las diez primeras causas de muerte en el mundo y es la primera causa de muerte por un agente infeccioso único. La incidencia de la tuberculosis ha disminuido por término medio un 1,5% anual desde el año 2000 sin embargo el impacto de la pandemia por el SARS-CoV-2 pudiera retardar el diagnóstico y tratamiento de nuevos casos de TB. Se presenta el caso de un paciente masculino de 26 años de edad quien consulta por presentar fiebre de predominio vespertino, pérdida de peso y disfonía de 6 meses de evolución. Los BK y cultivos de esputo seriados resultaron negativos. Es referido al Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía Facial del Hospital Universitario Dr. Luis Gómez López donde se realiza una nasofibrolaringoscopia evidenciándose epiglotis con superficie de aspecto irregular que se extiende hasta aritenoides y zona interaritenoidea y bandas ventriculares edematizadas que no permiten visualizar repliegues vocales. Se realiza microcirugía laríngea para toma de biopsia reportando el estudio histopatológico proliferación de vasos neoformados, espacios intervasculares ocupados por macrófagos y linfocitos, presencia de múltiples lesiones nodulares formadas por macrófagos epiteloideos rodeados por un halo de linfocitos y numerosas células gigantes de Langerhans. Se realiza el diagnóstico de tuberculosis laríngea y se inicia tratamiento antituberculoso.

Palabras clave: tuberculosis, *Mycobacterium tuberculosis*, enfermedades de la laringe, disfonía

LARYNGEAL TUBERCULOSIS AN UNUSUAL LOCATION FOR TUBERCULOSIS

ABSTRACT

According to the WHO, tuberculosis represents one of the top ten causes of death worldwide and is the number one cause of death from a single infectious agent. The incidence of tuberculosis has decreased an average of 1.5% annually since the year 2000, however the impact of the SARS-CoV-2 pandemic could delay the diagnosis and treatment of new cases of TB. We report the case of a 26-year-old male who consulted for fever, weight loss and dysphonia with a duration of 6 months. BK and sputum cultures were negative for *M. tuberculosis*. The patient is referred to the Otorhinolaryngology and Facial Surgery Clinic of the Dr. Luis Gomez Lopez University Hospital where a nasofibrolaryngoscopy is performed showing an epiglottis with an irregular surface that extends to the arytenoids and interarytenoid zone and edematous ventricular bands that do not allow visualization of vocal folds. Laryngeal microsurgery is performed to obtain a biopsy sample. Histopathology reveals proliferation of newly formed vessels, intervascular spaces occupied by macrophages and lymphocytes, presence of multiple nodular lesions formed by epitheloid macrophages surrounded by a halo of lymphocytes and numerous giant Langerhans cells. Diagnosis of laryngeal tuberculosis is made and antituberculous treatment is initiated.

Keywords: tuberculosis, *Mycobacterium tuberculosis*, laryngeal diseases, dysphonia

*Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, Decanato de Ciencias de la Salud, Departamento de Ciencias Funcionales, Barquisimeto, Venezuela. [correo electrónico: jsanteliz@ucla.edu.ve](mailto:jsanteliz@ucla.edu.ve)

Recibido: 08/10/2020
Aceptado: 01/12/2020



Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un paciente masculino de 26 años de edad quien acude a consulta por presentar fiebre de predominio vespertino, pérdida de peso y disfonía progresiva de 6 meses de evolución. Como antecedentes personales niega hipertensión arterial, diabetes mellitus o asma así como alergia a medicamentos. Presentó derrame pleural derecho hace tres años de causa indeterminada. Refiere como antecedente quirúrgico drenaje cerebral por hematoma post-traumático hace 5 años. Hábitos tabáquicos desde los 12 hasta los 23 años de edad (IPA: 11 paquetes/año), hábitos chimoicos abandonados, hábitos alcohólicos desde los 13 años hasta la actualidad (fines de semana) y hábitos cafeínicos ocasionales. Refiere contacto con humo de leña de forma ocasional, contacto con animales domésticos (perro) y contacto con TBC hace un año y medio en un centro penitenciario; niega exposiciones ocupacionales y otras exposiciones ambientales de interés.

Al examen físico luce en regulares condiciones generales, afebril, levemente deshidratado, eupneico, orientado en tres planos, disfónico, caquéctico, TA: 90/60 mmHg, FC: 114 lpm, FR: 18 rpm, SATO₂: 95%, ORL: cornetes inferiores hipertróficos, pálidos, sseptodesviación izquierda, Mallampati I, RsCsRs, taquicárdicos, sin soplo, MV presente con crepitantes gruesos aislados en ambos hemitórax, abdomen blando, depresible, no doloroso, no se palpan visceromegalias, extremidades hipotróficas sin edemas o dilataciones venosas.

Los exámenes de laboratorio reportan una Hb: 10,8 g/dl, Hto: 34,6%, Leucocitos: 12.000 células/ml (Segmentados: 81%, Linfocitos: 18%), Plaquetas: 452.000 células/ml, Glicemia basal: 89 mg/dl, Urea: 22 mg/dl, Creatinina:

0,81 mg/dl, TP: 15,3/12 segundos, TPT: 33,4/30 segundos, VDRL (-), HIV (-).

La radiografía de tórax PA muestra una silueta cardiaca de morfología y tamaño normal, aorta de adecuada densidad, ICT < 50%, aorta de adecuada densidad, luz traqueal central de adecuado calibre, trama broncovascular pulmonar de adecuada distribución, con opacidad reticulonodular gruesa difusa bilateral con tendencia a la consolidación en ambas regiones apicales, impresiona comprometer segmentos posteriores y apicales de ambos lóbulos, visualizando la presencia de broncogramas aéreos, no evidenciando colecciones pleurales (figura 1).

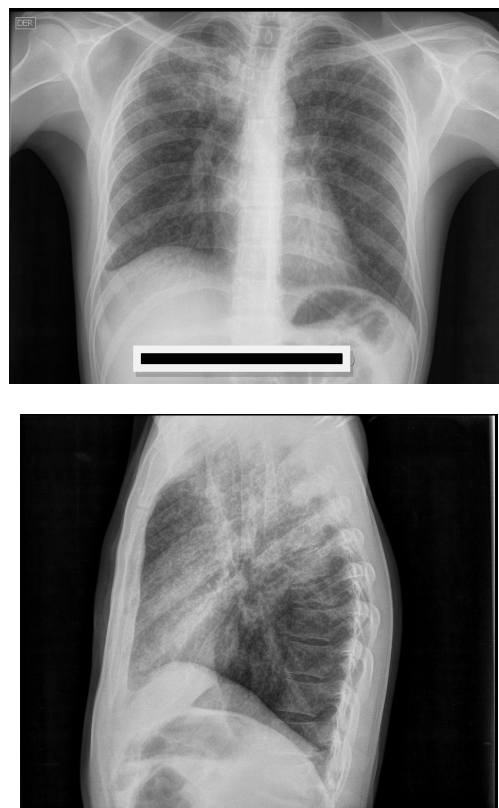


Figura 1. Radiografía de tórax proyección PA.

Se realizan dos BK de esputo los cuales reportan negativo para la presencia de BAAR. Los cultivos de esputo también resultaron negativos.

Es referido al Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía Facial del Hospital Universitario Dr. Luis Gómez López donde se realiza una nasofibrolaringoscopia con equipo SMITH, NEPHEW NASOPHARYNGOSCOPE 3.5 mm la cual reporta fosas nasales permeables, septodesviación izquierda no obstructiva, cornetes inferiores hipertróficos, mucosa rosada sin lesiones; rinofaringe con coanas libres, rodetes y orificios tubáricos sin lesiones, pared posterior sin lesiones aparentes; orofaringe con mucosa rosada sin lesiones, úvula no visible, pared posterior sin lesiones; hipofaringe con mucosa moderadamente congestiva, escaso moco, base de lengua sin lesiones, amígdalas linguales hipertróficas, valléculas no visibles, senos piriformes impresionan libres; laringe simétrica, moderado moco endolaríngeo, se evidencia epiglotis con superficie de aspecto irregular, que se extiende hasta aritenoides y zona interaritenoidea, repliegues aritenoepiglóticos, mucosa aritenoidea e interaritenoidea congestivas y edematizadas, bandas ventriculares edematizadas que no permiten visualizar repliegues vocales, subglotis no visible (figura 2). En cuanto a las características dinámicas se observa cierre velo-faríngeo completo, movilidad de repliegues vocales no evaluables, eje glótico central, cierre glótico no evaluable por aumento de volumen de bandas ventriculares con moderado trabajo y diámetro anteroposterior acortado. En vista de los resultados de la nasofibrolaringoscopia se plantean los siguientes diagnósticos: 1) Enfermedad Granulomatosa Laríngea (TBC laríngea?), 2) Signos de reflujo faringo laríngeo, 3) Hiperfunción laríngea grado III, 4) Septodesviación izquierda no obstructiva, 5) Hipertrofia turbinal inferior bilateral y 6) Hipertrofia de amígdalas linguales.

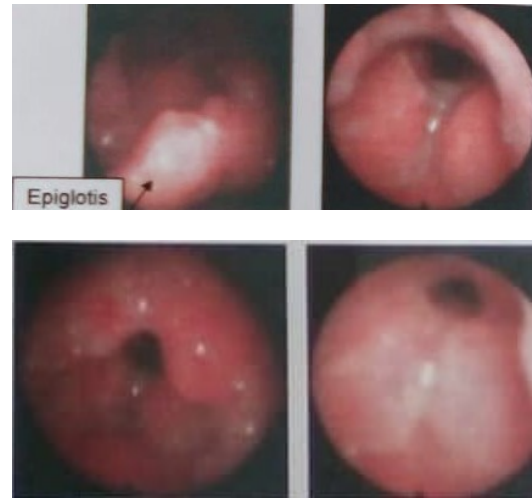


Figura 2. Nasofibrolaringoscopia. Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía Facial. Hospital Universitario Dr. Luis Gómez López.

Se procede a la realización de laringoscopia directa para microcirugía laríngea y toma de biopsia. El cultivo de secreciones provenientes de la comisura posterior, repliegue vocal izquierdo y lesión supraglótica en epiglotis resultó negativo para crecimiento bacteriano a las 48 horas de incubación.

El estudio histopatológico de material proveniente de la comisura posterior, repliegue vocal izquierdo y lesión supraglótica revelan tejido necrótico con área que presenta proliferación de vasos neoformados (capilares). Los espacios entre canales vasculares están ocupados por macrófagos y linfocitos. Se observa presencia de múltiples lesiones nodulares constituidas por una colección de macrófagos epiteloideos con abundante citoplasma eosinofílico pálido y bordes celulares indistinguibles, rodeados por un halo de linfocitos. Asimismo se observa la presencia de numerosas células gigantes de Langerhans con áreas de necrosis focal (figura 3).

DISCUSIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud la tuberculosis es una de las diez primeras causas

de muerte en el mundo y es la primera causa de muerte por un agente infeccioso único. Para el año 2018, se estima que diez millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1.5 millones fallecieron a causa de ella. Un cuarto de la población está infectada con el bacilo *Mycobacterium tuberculosis* pero sólo 5% al 15% de las personas desarrollaran una tuberculosis activa⁽¹⁾.

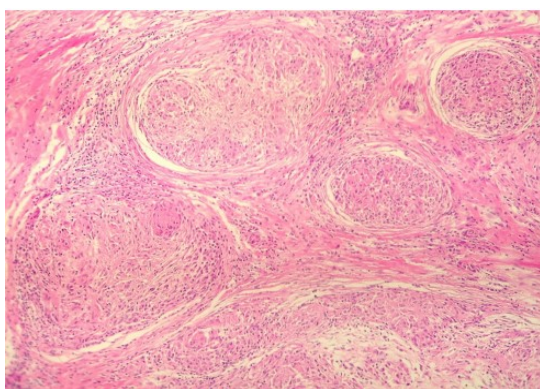


Figura 3. Sección histológica de material proveniente de comisura posterior, repliegue vocal izquierdo y lesión supraglótica. Tinción HE.

Antes de la pandemia de la enfermedad por coronavirus 2019, cerca de 4.000 personas morían diariamente de tuberculosis. Esta pandemia pudiera representar un impacto sobre las cifras de tuberculosis en el mundo. La falta de disponibilidad de los servicios de salud abocados al manejo de pacientes infectados con SARS-CoV-2 pudiera retardar el diagnóstico y tratamiento de nuevos casos de TB⁽²⁾.

En Venezuela, según los últimos datos oficiales disponibles para la semana epidemiológica 52 del año 2016, el total de casos acumulados fue de 3.817 siendo la población más afectada la comprendida en el grupo etario de 20 a 44 años. De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud y la Asociación Integral de Políticas Públicas (AIPOP), en nuestro país el subregistro es mayor al 100%. El aumento es altamente significativo con una tasa

reportada de 23,5 por 100.000 habitantes y una estimada de 42,2 por 100.000 habitantes para el año 2015⁽³⁾.

La tuberculosis pulmonar es la forma más común de esta enfermedad sin embargo los casos de tuberculosis extrapulmonar representan entre el 20% al 25% de todos los casos. Los factores de riesgo para el desarrollo de tuberculosis extrapulmonar son edad avanzada, sexo femenino, infección por VIH y comorbilidades como la diabetes mellitus, enfermedad renal crónica e inmunosupresión⁽⁴⁾.

La tuberculosis laríngea es la forma más rara de la tuberculosis representando menos del 1% de todos los casos aunque es la enfermedad granulomatosa más frecuente de la laringe y constituye una forma altamente bacilífera y contagiosa de la enfermedad⁽⁵⁾. En la mayor parte de los casos está asociada a tuberculosis pulmonar aunque se puede presentar en pacientes sin historia de TBC pulmonar. La infección de la laringe ocurre por diseminación directamente del bronquio o por vía hematógena y linfática⁽⁶⁾. La disfonía es el signo clínico más frecuente de esta enfermedad aunque también pueden estar presentes la odinofagia, estridor y hemoptisis.

La tuberculosis laríngea por lo general afecta, en primer lugar, las cuerdas vocales ligamentosas, luego los pliegues vestibulares y por último en menos frecuencia la epiglotis. Una vez que ocurre una tuberculoepiglotitis, ésta se edematiza impidiendo la visualización del resto de la laringe. Los hallazgos incluyen la presencia de ulceraciones, lesiones inflamatorias no específicas, lesiones polipoideas y masas ulcerofungales^(7,8).

Aun cuando la tuberculosis laríngea es poco común, es importante considerar su diagnóstico en regiones con altas tasas de infección particularmente en nuestro país.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la colaboración del personal médico y de enfermería del Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía Facial del Hospital Universitario Dr. Luis Gómez López especialmente a las dras. Ingrid Ortiz, Greta García y Tahelis Chirino.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization [página web]. Geneva: World Health Organization [citado 2020 Octubre 13]. Global tuberculosis report 2019. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329368/9789241565714-eng.pdf?ua=1>
2. McQuaid F, McCreesh N, Read J, Sumner T, Houben R, White R, et al. The potential impact of COVID-19-related disruption on tuberculosis burden. *European Respiratory Journal* 2020; 56: 2001718.
3. Observatorio Venezolano de la Salud. Tuberculosis. 2017. [citado 3 Octubre 2020]. Disponible en: <https://www.ovsalud.org/boletines/salud/tuberculosis/>
4. Ramírez-Lapausa M, Menendez-Saldana A, Noguero-Asensio A. Extrapulmonary tuberculosis: an overview. *Rev Esp Sanid Penit* 2015; 17: 3-11.
5. González J, García J, Anibarro L, Vidal R, Esteban J, Blanquer R, et al. Documento de consenso sobre diagnóstico, tratamiento y prevención de la tuberculosis. *Enferm Infecc Microbiol clin.* 2010; 28(5): 297.e20
6. Huon L-H, Fang T-Y. Primary laryngeal tuberculosis. *Journal of the Formosan Medical Association* 2011; 110: 792-93.
7. Kitahara K, Yano Y, Mori M, Yokota S. Laryngeal tuberculosis: a diagnosis that should be remembered. *Intern Med* 2012; 51: 2841-42.
8. Lodha J, Sharma A, Virmani N, Bihani A, Dabholkar J. Secondary laryngeal tuberculosis revisited. *Lung India* 2015; 32(5): 462-464.