

Tuberculosis faríngea en amígdala palatina

Pharyngeal tuberculosis in palatine tonsil

Nora Iznaga Marín¹ <https://orcid.org/0000-0003-3943-3316>

Teresa Pérez García¹ <https://orcid.org/0000-0002-2572-0309>

Luis Hernández Armstrong¹ <https://orcid.org/0000-0001-7146-6113>

Pedro J. Contreras Álvarez¹

Carmen Toledo Valdez^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-6839-9906>

¹ Hospital General Clínico Quirúrgico “Calixto García Iñiguez”. La Habana, Cuba.

* Autor para la correspondencia. carmen840119@gmail.com

RESUMEN

La tuberculosis es una de las principales causas de enfermedad y mortalidad en el mundo por un agente infeccioso, la localización extrapulmonar más común es en los ganglios linfáticos mientras que la afección faríngea es rara y comprende menos de 1 % de los caso. Su principal motivo de consulta es la odinofagia y dificultad para la deglución de larga evolución, por ello es importante descartarla ante toda faringitis sin respuesta al tratamiento convencional. En este trabajo se expone la forma de presentación clínica de un caso de tuberculosis de amígdalas palatinas diagnosticado en un paciente masculino en el servicio de otorrinolaringología del Hospital Universitario “Calixto García”.

Palabras clave: Tuberculosis extrapulmonar; agente infeccioso; odinofagia.

ABSTRACT

Tuberculosis is one of the main causes of disease and mortality in the world caused by an infectious agent, the most common extrapulmonary location is in the lymph nodes, while the pharyngeal condition is rare and comprises less than 1% of cases. The main reason for consultation is odynophagia and long evolution difficulty swallowing, so it is important to rule out any pharyngitis without response to conventional treatment. This paper describes

the clinical presentation of a case of tuberculosis in palatine tonsils diagnosed in a male patient in the ENT department at "Calixto García" General Surgical Clinical University Hospital.

Keywords: extrapulmonary tuberculosis; infectious agent; odynophagia.

Recibido: 12/12/2018

Aprobado: 10/01/2019

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) es una infección bacteriana crónica causada por el *mycobacterium tuberculosis*. Desde mediados de los años 80 se produjo su ascenso en los países desarrollados debido a los fenómenos migratorios, a la propagación de enfermedades inmunodepresoras como el SIDA y a la aparición de micobacterias multiresistentes. En 1993 fue declarada por la OMS como emergencia epidemiológica. A nivel mundial se estima responsable de alrededor de 1,7 millones de muertes anuales. Constituye una endemia en latinoamérica pese a los esfuerzos por instaurar medidas de control epidemiológico.^(1,2,3,4)

En Cuba, según datos recogidos en trabajos de González⁵, se plantea que entre el 2004 y el 2012 las cifras fluctúan entre 6 y 7 /100,000 habitantes pese al aumento de la pesquisa de los sintomáticos respiratorios y la coinfección tuberculosa VIH sida, aumento desde 4,5 % (33/736) en 2004, hasta 8 % (56 /688) en 2012 dentro de total de casos de tuberculosis. Esta enfermedad puede afectar a otros órganos (TB extrapulmonar) y de ellas, las localizaciones otorrinolaringológicas más frecuentes son la laringe y los ganglios cervicales, que constituye 50 % de los casos. La localización orofaríngea no es frecuente y por orden decreciente se encuentra la amígdala palatina, pared posterior faríngea, pilares amigdalinos, velo del paladar y lengua, raras en nariz y senos paranasales.

En Cuba la cifra de tuberculosis extrapulmonar es de 12 %, se citan las tasas más altas en las provincias orientales. García S y otros realizaron un estudio retrospectivo de 5 años en el Hospital Neumológico Benéfico Jurídico, donde 14 % de los casos tuvieron una TB extrapulmonar, no se cita ningún caso de localización otorrinolaringológica.^(6,7)

Antes de la era antibiótica la tuberculosis laríngea fue considerada la más frecuente, vista en 37 % de los pacientes con tuberculosis pulmonar, actualmente constituye 18 % de la localización de ORL, lo que representa 1,2 % del total de los casos de TB.^(2,8,9)

En este trabajo se expone la forma de presentación clínica de un caso de tuberculosis de amígdalas palatinas diagnosticado en un paciente masculino en nuestro servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario “Calixto García”.

MÉTODOS

Previo consentimiento informado del paciente, utilizando las muestras de tejido de faringe y el resto de los complementarios, se analizaron desde el punto de vista clínico, microbiológico y por anatomía patológica con la colaboración del neumólogo, internista y anatomopatologo, lo que permitió llegar al diagnóstico definitivo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 50 años masculino sin antecedentes patológicos ni de contacto con TB, exfumador de 4 años de evolución, presentó desde hace cuatro meses dolor faríngeo, con dificultad para la deglución que se acompaña de pérdida de peso, ha visitado a diferentes facultativos diagnosticándole amigdalitis y faringitis para lo cual ha llevado tratamiento con antibióticos. Concorre a consulta de otorrinolaringología (ORL) por el dolor faríngeo, disfagia, tanto a sólidos como a líquidos y fiebre de 38 y 39 ° a cualquier hora del día.

Al examen físico de ORL y exploración endoscópica faringolaríngea se encuentran lesiones blanquecinas con áreas ulceradas que ocupa úvula y pilares anteriores, 1/3 superior de ambas amígdalas palatinas, edema de amígdalas linguales y valecula, epiglotis con punteado blanquecino al igual que el paladar blando, en el cuello no adenopatías, resto del examen de ORL normal.

Dada la gran dificultad deglutoria y el dolor intenso que presentaba el paciente se decide su ingreso para estudio y tratamiento. Se realiza toma de biopsia de lesiones de amígdala y tratamiento con analgésicos, antiinflamatorios, antibiótico e hidratación (Fig. 1).

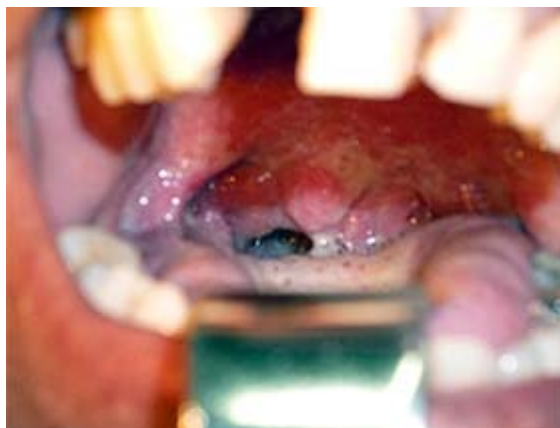


Fig. 1 - Examen físico del paciente.

Resultados de complementarios realizados

Hemograma con diferencial–hemoglobina: 11,1 gr, leucocitos 9,000 g/l Coagulograma: normal. VSG: 135 - VIH y serología negativo.

Ultrasonido abdominal sin alteraciones: Rx. de tórax; lesiones de aspecto inflamatorio en ambas bases, fue valorado por el especialista de medicina ya que se mantiene con fiebre vespertina, escalofríos, tos y expectoración amarillenta, a la auscultación del aparato respiratorio, murmullo vesicular disminuido con estertores subcrepitantes y roncos en ambos campos pulmonares, resto del examen negativo.

Impresión diagnóstica: Bronconeumonía bacteriana sin descartar proceso de tuberculosis.

Se realiza Mantoux; negativo. Espudo; BAAR negativo el primero, el segundo con codificación 7, Rx de tórax, que se repite por no haber mejoría del estado general ni del cuadro respiratorio encontrándose; opacidad difusa de aspecto inflamatorio a predominio de hemitórax izquierdo apreciándose lesiones fibro exudativas apicales compatible con tuberculosis miliar (Fig. 2).

Resultado de biopsia de lesión de amígdala: Proceso inflamatorio agudo y crónico con extensas áreas de ulceración y formación de granulomas epiteloideas con patrón de tuberculosis activa.

BAAR intensamente positivo – PAS negativo - Ziehl - Neelsen positivo.

Con el diagnóstico de TB, se remite al paciente al Hospital Neumológico donde se administra tratamiento antituberculoso, la respuesta fue favorable con regresión de las lesiones de faringe.



Fig. 2 – Rayos X de tórax.

DISCUSIÓN

Con los avances de la quimioterapia antituberculosa y las mejoras en la higiene, salud pública y estado nutricional de la población, la incidencia de la tuberculosis en el siglo XX ha descendido, pero aún sigue siendo una enfermedad frecuente, tiene tendencia a presentarse en formas atípicas y son las localizaciones extrapulmonares comunes en pacientes inmunodeprimidos, como por ejemplo; alcohólicos o VIH positivos y dentro de ellos la localización orofaríngea en general y la amigdalara muy poco frecuente.^(10,11,12,13,14)

Como consecuencia de esta escasa incidencia, no se suele pensar en la enfermedad y no es considerada en el diagnóstico diferencial, provocando retraso en su tratamiento y un registro de incidencias inferior al real, por esta razón, en los casos de tuberculosis de vías aerodigestivas superiores que aparecen periódicamente en la literatura, se hace énfasis en los problemas diagnósticos.^(15,16,17)

Dentro de las tres formas clásicas de presentación de la tuberculosis faríngea (Miliar aguda o enfermedad de *Isambert*, crónica ulcerada, lupus faríngeo), la manifestación más frecuente es la tuberculosis crónica ulcerada. Se plantea que hay una relación de 3:1 de los hombres con respecto a la mujer por su mayor propensión a los hábitos tóxicos.^(10,17,18,19,20)

La escasa incidencia en el tracto digestivo superior dado el gran número de pacientes con baciloscopia del esputo positiva se intenta explicar a través de mecanismos protectores de la saliva, flora saprofita local y el grosor del epitelio, sugiriéndose la necesidad de que esté

presente algún factor previo local (erosión traumática), que creen soluciones de continuidad dentro de ello la mala higiene dental, periodontitis extracciones dentarias, aunque se sigue planteando que los mecanismos patogénicos de la TB faríngea son diversos y en algunos casos sujetos a discusión todavía la inoculación directa de secreciones pulmonares con alta carga bacilar a partir del esputo contaminado.

Clínicamente los pacientes con tuberculosis amigdalar pueden presentar odinofagia, disfagia y adenopatías latero cervicales.^(21,22)

En este paciente no existían antecedentes de tuberculosis, estuvo durante cuatro meses con dolor faríngeo, siendo tratado por amigdalitis aguda con diversos antibióticos en su área de salud sin síntomas acompañantes, tos, fiebre, decaimiento, toma del estado general que aparece posterior a su ingreso para estudio.^(8,9,10)

El aspecto de las amígdalas puede mostrar hipertrofia, ulceraciones o masas de aspecto tumoral planteando principalmente el diagnóstico diferencial con el carcinoma de amígdalas y en segundo lugar con otras entidades como la amigdalitis de Paul Vincent, sífilis, actinomicosis, enfermedades hematológicas, linfomas.^(10,23)

El diagnóstico nosológico debe basarse en el aislamiento del bacilo tuberculoso ya que la baciloscopia del esputo, las pruebas de intradermorreacción (Mantoux) pueden ser negativas, aunque generalmente hay un aumento de la velocidad de sedimentación, el estudio histológico de la lesión es el que determina con certeza la etiología del *mycobacterium* en el tejido obtenido.

La conclusión práctica de este trabajo es que la tuberculosis orofaríngea y dentro de ella la amigdalar es rara y habitualmente se manifiesta de forma secundaria a una tuberculosis pulmonar, actualmente debe sospecharse en pacientes con enfermedades inmunopresoras como el Sida, su presentación clínica en forma de lesiones ulcerativas o proliferativas hace pensar en procesos malignos, motivo por el cual es necesario realizar una biopsia para estudio histológicos, los hallazgos histopatológicos y la identificación del bacilo confirmarán el diagnóstico.

Es importante tener presente como diagnóstico diferencial a la tuberculosis ante toda faringitis sin respuesta al tratamiento convencional y de larga evolución, dado que es una enfermedad transmisible con buenos resultados si se trata como está establecida y oportunamente.

REFERENCIAS BIBLOGRAFÁFICAS

1. World Health Organization (WHO); Global Tuberculosis Data base 2018[acceso: 18/12/2017]. Disponible en: <http://www.who.int/b/country/global>
2. Marcela L, Viviana L, Paula A. Moreno B. Tuberculosis laríngea diagnosticada en un escolar. Revista Chilena de enfermedades respiratorias. 2016;22(3):196-200.
3. Pelly T, Moore D, Giuliana R, Evans C. Recent tuberculosis advances en Latin America. Current Opinion in Infections Diseases. 2004;17:397-403.
4. WHO Report Global Tuberculosis Control Surveillance Planning Financing. Geneva: World Health Organization. 2017.
5. González E. Tendencia de la incidencia de Tuberculosis en Cuba: lecciones aprendidas en 1991-1994 y su trascendencia en 2004-2012. Rev. Cubana Medicina. Tropical. 2012 ;67(1):122-38.
6. García S, Yero D, Valdés D, Hernández H, Rives R. Comportamiento de la tuberculosis extrapulmonar en el Hospital Neumológico Benéfico Jurídico durante el quinquenio 1999-2003. Rev. Cub. Med. Trop. 2006;58(3):14-19.
7. Tahamara V, Valdés M, Portales R, López M. Tuberculosis en faringe y laringe. Presentación de un caso Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2010;9(4)545-52.
8. Paredes W. Tuberculosis en Otorrinolaringología .Rev. Otorrinolaringol Cir. Cab. Cuello. Chile. 2015;61:87-94.
9. Ricciardiello F. Otorrinolaryngology related tuberculosis. Acta Otorhinolaryngol. Belgic. 2016;26: 38-42.
10. Durucu C, Baglam T, Karatas E. Simultaneous mycobacterial infection of tonsil and cervical lymph nodel evidence to portal of entry. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. Stokolm. 2016;5(3):97-8.
11. Machado J, Martin E. Tuberculosis amigdalina con foco pulmonar primario. Reporte de un caso. Lima Peru. 2015;15(3):12-24.
12. Ricciardiello M. Related tuberculosis Otorrinolaryngology. Acta Otorhinolaryngol Italia. 2016;26:38-42.
13. Erhabor O, Aeremiah J, Adias T, Okere C. The prevalence of human inmunodeficiency virus infection among TB patients in Port Harcourt Nigeria. HIV, AIDS.2015;12(2): 1-5.
14. Mederos L, Fleites G, Capo V, De Armas Y, Acosta M, Martínez R, *et al.* Linfadenitis por *mycobacterium* incluyendo pacientes infectados por el virus de inmunodeficiencia humana. Arch. Venezolana Farm y Terap. 2011;30:54-7.

15. Medina F, Echegoyen R, Medina L. Tuberculosis extrapulmonar. Rev. Cubana de Cirugía. 2003;62(2):92-5.
16. Bukhary Z, Abrayhi A. Extrapulmonary Tuberculosis, clinical presentation. Saude Med. Brasil. 2014;25(1):25-1.
17. Cruz M, Tuberculosis ganglionar. Experiencia en el Instituto Nacional de enfermedades respiratoria. Arch. pediatr Urug.2011;82(1):18-22.
18. Barbosa de Sa. Laringopharingeal Tuberculosis. Brazilian J of. Otolaringol. 2017;73(6):862-66.
19. Negroni R, Miolo E, Arechavala A, Valera F, Selguero N. Tuberculosis. Rev. Iberoamericana. Micol. 2017;24:174-75.
20. Tawo B, Glassroth J. Non tuberculous Mycobacterial lung diseases. Infect Disclen N. Am. 2015;24:769-89.
21. Palomino J. Current developments and future perspectives for TB diagnostics. Future Microbiol. Belgic. 2015;7(1):59-71.
22. Ziad T, Nouri H, Adny A, Rochdy Y. Miliare tuberculeuse du pharynou maladie d' Isambert a propos d' un caso. Arch Pediatr. 2016;20(1):41-3.
23. Mederos M, Fleites G. Importancia diagnóstica de las infecciones extrapulmonares causadas por el género *mycobacterium*. Revista Cubana de Medicina Tropical. 2015;67(3):21-32.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.