

Tuberculosis laríngea

Laryngeal Tuberculosis

Rosa C. Truffin Hernández^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-5788-6736>

Magdiel Labrada Rodríguez¹ <https://orcid.org/0000-0002-9388-9624>

¹Hospital Clínico Quirúrgico “Arnaldo Milián Castro”. Villa Clara, Cuba.

*Autor para la correspondencia: rosath@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La tuberculosis laríngea es una complicación relativamente poco frecuente relacionada con la enfermedad granulomatosa pulmonar y tenía una mortalidad aproximada del 70 % antes de la aparición de la quimioterapia antituberculosa.

Objetivo: Ampliar los conocimientos sobre aspectos esenciales de la tuberculosis laríngea.

Métodos: Se realizó una revisión bibliográfica de textos impresos y búsqueda en internet sobre la tuberculosis laríngea, su frecuencia de aparición y la conducta adecuada.

Caso clínico: Se presenta el caso de una paciente de 70 años, de raza blanca, fumadora, diagnosticada de tuberculosis laríngea en el servicio de otorrinolaringología del Hospital Universitario Arnaldo Milán Castro de Villa Clara.

Conclusiones: La incidencia de tuberculosis laríngea se mantuvo en declive durante los últimos 30 años, en Cuba ha alcanzado un 20 % gracias al avance de los medios diagnósticos y el tratamiento específico. Sin embargo, se ha observado un incremento relativo de esta forma de presentación, hasta el punto de que en la actualidad corresponde a la enfermedad granulomatosa más frecuente de la laringe.

Palabras clave: tuberculosis laríngea; laringoscopia directa; inmunodeficiencia humana.

ABSTRACT

Introduction: Laryngeal tuberculosis is a relatively rare complication related to granulomatous lung disease. It had an approximate mortality of 70% before the onset of tuberculosis chemotherapy.

Objective: to expand knowledge on essential aspects of laryngeal tuberculosis.

Methods: A literature review of printed texts were performed. Internet search on laryngeal tuberculosis, its frequency of occurrence and appropriate behavior was also done.

Case report: We present the case of a 70-year-old white female patient, who smoked, diagnosed with laryngeal tuberculosis in the ENT department at Arnaldo Milan Castro University Hospital in Villa Clara.

Conclusions: The incidence of laryngeal tuberculosis remained in decline during the last 30 years. In Cuba, it has reached 20% due to the advance of the diagnostic means and the specific treatment. However, a relative increase in this form of presentation has been observed to the point that it currently corresponds to the most frequent granulomatous disease of the larynx.

Keywords: laryngeal tuberculosis; direct laryngoscopy; human immunodeficiency.

Recibido: 12/05/19

Aprobado: 21/06/19

Introducción

La tuberculosis (TB) laríngea, a pesar de no ser frecuente (1% de los casos de TB extrapulmonar), de todas las enfermedades granulomatosas es la que más comúnmente afecta este órgano.^(1,2)

A principios del siglo pasado, aproximadamente la mitad de los pacientes con TB pulmonar avanzada presentaban TB laríngea concomitante la cual se producía por diseminación directa de la infección desde el pulmón.

A pesar de que la tuberculosis más frecuente es la pulmonar, hay que tener en cuenta los tipos de tuberculosis extrapulmonares (TBE), aunque no son contagiosas. La TB laríngea es considerada como TB extrapulmonar, pero suele ser consecuencia de una tuberculosis pulmonar activa.

La tuberculosis en la zona otorrinolaringológica puede afectar la faringe, la laringe, los ganglios cervicales, el oído medio, los senos paranasales, la tráquea y glándulas salivales; por lo general, está relacionada con una afectación pulmonar grave.^(3,4) La tuberculosis laríngea (TL) es en la actualidad una enfermedad muy poco frecuente en los países

desarrollados, el síntoma principal de la laringitis tuberculosa es la disfonía, y es importante realizar el diagnóstico diferencial principalmente con el carcinoma de laringe y con la laringitis crónica.^(5,6)

La tasa de incidencia de la TBE está íntimamente relacionada con la prevalencia de la enfermedad tuberculosa en cada país y, por lo tanto, varía de uno a otro. Sin embargo, el incremento de la TBE notificado en algunas regiones en las últimas décadas ha tratado de explicarse mediante diferentes factores: a) aumento del diagnóstico o informe de casos, lo que puede haber mostrado aumento de las estadísticas de los casos que presentan esta enfermedad; b) perfeccionamiento de los métodos, lo que ha permitido ofrecer posibilidades diagnósticas de formas de TBE con escaso número de bacilos y c) situaciones de inmunodeficiencia grave, de las cuales la más importante es la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).^(7,8)

Los factores de riesgo que se atribuyen al desarrollo de la tuberculosis extrapulmonar son fundamentalmente la edad, el sexo femenino, la infección por VIH y las comorbilidades del paciente como insuficiencia renal crónica, diabetes mellitus o inmunodepresión, entre otros. Además, también se incluye la desnutrición, el consumo de tabaco, las drogas y el alcohol.^(9,10)

La tuberculosis laríngea puede presentarse como masas, úlceras o nódulos en laringe y en las cuerdas vocales. Por ello, el síntoma más frecuente es la disfonía, pero también puede aparecer tos, estridor o hemoptisis. Es la enfermedad granulomatosa laríngea más frecuente; no obstante, esta localización de la TB es infrecuente y solo representa alrededor del 1 % de todos los casos de TB extrapulmonar.^(2,3)

En la actualidad, gracias al tratamiento precoz y más adecuado de la TB pulmonar, la incidencia en los países desarrollados ha disminuido. Sin embargo, en los países en vías de desarrollo todavía sigue aumentando, y está asociada, entre otros factores, a la epidemia de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), a la mala situación socioeconómica y a la falta de tuberculostáticos adecuados.^(11,12)

La infección puede ocurrir debido a la invasión directa de la mucosa laríngea en pacientes con enfermedad avanzada, a la diseminación broncógena (esputo contaminado hacia la laringe) y a la diseminación hematógena o linfática, por lo que se considera que, en general, la TL es consecuencia de un foco pulmonar.⁽¹³⁾

Por su parte, en la población infantil se habla de infección laríngea primaria, pues no ha habido un foco pulmonar inicial. Clínicamente se caracteriza por la aparición lenta de

síntomas, y el principal es la disfonía acompañada de disfagia, odinofagia y más síntomas sistémicos como la pérdida de peso, con probabilidad relacionada con la existencia de una enfermedad pulmonar.⁽¹⁴⁾

Asimismo, el examen físico de la laringe es heterogéneo, las lesiones pueden ir desde enrojecimiento y congestión de la mucosa hasta lesiones exofíticas o ulceradas por lo que puede haber exudado amarillento, nódulos submucosos y granulomas, incluso comprometer la movilidad cordal hasta llegar a la parálisis.^(2,15)

El diagnóstico de TB laríngea se realiza mediante biopsia laríngea tomada mediante microlaringoscopia, en la que se visualizan las lesiones descritas y se revela la presencia de lesión granulomatosa que es positiva al bacilo ácido alcohol resistente (BAAR) con tinción de Ziehl Nielsen y cultivo de Koch.^(4,6)

En cuanto al diagnóstico diferencial hay que establecerlo inicialmente con el carcinoma de laringe, ya que desde el punto de vista macroscópico pueden ser similares, incluso pueden coexistir hasta en el 3,6 % de los casos.⁽²⁾

Caso clínico

Paciente femenina, de raza blanca, de 70 años de edad, fumadora de más de 30 años con antecedentes de diabetes mellitus del tipo 2 controlada hace 8 años con tratamiento con Glibenclamida 5 mg 3 veces al día más una dieta. Refirió que hace 6 meses "comenzó con tos crónica persistente, sobre todo nocturna, fiebre intermitente, pérdida de peso, molestias al tragar, ronquera y disnea por los esfuerzos". Acudió varias veces al área de salud donde fue tratada y medicada por afección respiratoria infecciosa sin mejoría alguna. Se dirige al servicio de Otorrinolaringología debido a esos síntomas, sobre todo la disfonía. Al examen físico mediante laringoscopia directa (Fig. 1 y 2) se evidenció pérdida de la arquitectura normal de la laringe y lesión blanquecina, exofítica de aspecto irregular en la cuerda vocal derecha sin comprometer el espacio glótico.



Fig. 1 - Lesión de aspecto irregular.



Fig. 2 - Lesión blanquecina y edema en el borde superior de la cuerda vocal derecha del cartílago aritenoideo derecho.

En el examen del cuello se palpan adenopatías yugocarotídeas superiores a ambos lados del cuello, de consistencia renitente, no adheridas a planos superficiales ni profundos; de dos centímetros aproximadamente.

Se indicó un estudio hematológico que reveló ligera anemia ferropénica, glucemia normal, valores de creatinina sérica dentro de los límites normales, eritrosedimentación ligeramente elevada, radiografía y tomografía de tórax normales; trazado electrocardiográfico sin alteración. No se determinó el estado inmune de la paciente ni infección por VIH.

Se le realiza laringoscopia directa y se toma muestra para biopsia. En el examen directo de la laringe con laringoscopio rígido se comprueba la lesión en la cuerda vocal derecha, se observan ulceraciones pequeñas con presencia de tejido esfacelado con coloración rosado pálido y buen espacio glótico.

El diagnóstico de la biopsia mostró “mucosa laríngea con patrón inflamatorio crónico granulomatoso subepitelial y granulomas epitelioides con necrosis central (blandos), además células gigantes tipo Langhans que corresponde a tuberculosis laríngea.

Discusión

En el caso presentado, la clínica concordó con lo descrito en la literatura^(16,17) para la TB laríngea. La disfonía y la tos fueron los síntomas principales y persistentes, pero posteriormente se complicó el estado general de la paciente.

La forma de presentación más común de la tuberculosis de cabeza y cuello es la de los ganglios linfáticos cervicales (90 %) seguida por la afectación laríngea (2 a 6 %). El compromiso nasal, nasosinusal, ótico, ocular, tiroideo, de garganta y de lengua es mucho menos frecuente.^(1,10)

En la actualidad, la tuberculosis laríngea afecta a individuos de 50 a 60 años y la relación hombre:mujer es de 1,9:1. Los síntomas predominantes son disfonía (80-100 % de los casos) y odinofagia (50-60 %), la tos varía su presentación (entre 7 y 44 %), la sensación de cuerpo extraño en la garganta y la otalgia son comunes también, pero otros síntomas como la disfagia, la disnea, el estridor, la pérdida de peso, la sudoración nocturna y la hemoptisis son menos frecuentes.^(3,4,8)

La laringe puede infectarse por diversas vías: a) por los bacilos expulsados en el esputo en los casos de tuberculosis pulmonar, b) por diseminación hematogena durante la micobacteriemia que suele presentarse en la infección primaria o c) por la siembra directa de bacilos inhalados.^(1,2)

Según la bibliografía estudiada, en una serie de 60 casos de tuberculosis laríngea se encontró que las estructuras anatómicas más frecuentemente afectadas fueron, en este orden, la cuerda vocal verdadera, la cuerda vocal falsa, la epiglotis, la región aritenoides y, por último, la comisura posterior^(6,11,17) y se asociaron a tuberculosis pulmonar activa (46,7 % de los casos), historia de enfermedad pulmonar o mínimas alteraciones observadas en la radiografía de tórax (33,3 %) y sin evidencia de afectación pulmonar alguna (20 %). En cinco pacientes de este estudio solo hubo evidencia clínica de la enfermedad, sin hallazgos histológicos específicos, y las lesiones laríngeas desaparecieron después del tratamiento antituberculoso. Macroscópicamente, la enfermedad se puede presentar como una lesión granulomatosa, ulcerativa, polipoide, destructiva, o simplemente como edema y congestión local.^(2,10,11)

Las diversas formas de presentación abarcan un amplio abanico de diagnósticos diferenciales, entre ellos, laringitis crónica, carcinoma laríngeo, enfermedad por arañazo de gato, sífilis, histoplasmosis, criptococosis, leishmaniasis, sarcoidosis, granulomatosis de Wegener, afectación laríngea por artritis reumatoide y lupus eritematoso sistémico, amiloidosis y granuloma por teflón.⁽⁹⁾ De todas maneras, la enfermedad se confunde la mayoría de las veces con el cáncer de laringe. No obstante, se han reportado casos de tuberculosis laríngea asociada a cáncer de laringe tratado quirúrgicamente y con medicamentos.^(9,12)

El diagnóstico de TB laríngea se realiza mediante laringoscopia y biopsia laríngea, que permiten visualizar las lesiones descritas y revelan la presencia de lesión granulomatosa positiva para BAAR con tinción de Ziehl Nielsen y cultivo de Koch.^(2,5,12,13)

Se llega a la conclusión de que, en la actualidad, la mayoría de los clínicos no consideran la tuberculosis laríngea como una enfermedad relevante en el diagnóstico diferencial de disfonía, estridor o síntomas laríngeos, lo que se aprecia en el importante retraso diagnóstico de este caso.

Pese a que esta enfermedad se describe como causa infrecuente de tuberculosis extrapulmonar, debe tenerse en cuenta que la pandemia de VIH ha colocado nuevamente a la tuberculosis en la lista de enfermedades reemergentes, por lo que, en los cuadros de disfonía sin origen claro, disfonía prolongada, estridor adquirido, laringitis crónica y lesiones inflamatorias inespecíficas de laringe, debe aumentar la sospecha de que se trate de una TB laríngea, por eso en estos casos es fundamental establecer el diagnóstico mediante laringoscopia directa.

Referencias bibliográficas

1. Díaz A, Monteiro F, Silva J, Duarte R. Caso clínico de ronquera de dos años de duración: ¿comenzó en el pulmón? Arch Bronconeumol. 2017 (citado 25 de febrero de 2018);53(8):413-70. Disponible en: <https://www.archbronconeumol.org/es->
2. Orellana J. Diagnóstico de Mycobacterium tuberculosis en esputo de pacientes mediante la técnica de Tinción de Ziehl Neelsen [tesis]. Machala. Unidad Académica de Ciencias Químicas y de la Salud. 2017 (citado 26 de enero de 2018). Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec>

3. Alcivar L, Arteaga M, Cando M, Vences T, Macias E, Ceballos W. Factores que inciden en la presencia de tuberculosis. *Rev Dominicana de Ciencias*. 2018;4(4):69-97
4. Moreno J, Vázquez M, Monforte M, Arazo P. Un caso excepcional de disnea y disfagia. *Galicia Clin*. 2015 (citado 22 de noviembre de 2018) ;76(4):189-91. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es>
5. Rodríguez L, Concepción L, Gonzales L, Alquizar O. Evaluación de la videobroncoscopia flexible en el Hospital Regional Docente de Trujillo La Libertad-Perú. 2014 (citado 23 de noviembre 2018);17(2):1-12. Disponible en: <http://www.revistas.unitru.edu.pe>
6. Tapia A. Factores de riesgo y comorbilidades de tuberculosis pulmonar en pacientes adultos. Estudio realizado en el Centro de Salud Unión de Bananeros durante el periodo enero 2017 a marzo 2018 [tesis]. Guayaquil, Ecuador; 2018 (citado 22 de noviembre de 2018). Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.es>
7. Reis J, Reis C, Costa D, Lucena M, Schubach A, Oliveira R, et al. Factors Associated with Clinical and Topographical Features of Laryngeal Tuberculosis. *PLoS ONE*. 2016 (citado 5 de diciembre de 2018);11(4). Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article>
8. Paz K. Factores de riesgo asociados a tuberculosis extrapulmonar en el programa de control de tuberculosis del Hospital Nacional Dos de Mayo en el periodo Julio 2015-Junio 2016 [tesis]. Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma; 2017 (citado 22 de noviembre de 2018). Disponible en: <http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp>
9. León P, Domínguez J, Pila R. Tuberculosis primaria de laringe simulando un carcinoma laríngeo. Reporte de caso. *Gac Méd Espirituana Cuba*. 2016. (citado 9 de febrero 2019);18(1):76-83. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>
10. Quinteros R, López V, Gutiérrez D, Cardemil F. Infecciones por micobacterias en otorrinolaringología: Revisión de la literatura. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza y Cuello*. 2016 (citado 9 de febrero de 2019);76(1):111-20. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.ph>
11. Pérez L, Álvarez F, García O, Hernández A, García D. Tuberculosis laringea. Presentacion de un caso. *Mediciego*. 2015 (citado 9 de febrero de 2019);21(2):117-22. Disponible en: <http://www.medigraphic.com>
12. Saldanha M, Sima N, Bhat V, Kamath S, Aroor R. Present scenario of laryngeal tuberculosis. *Int J Otorhinolaryngol Head Neck Surg*. 2018;4(1):242-6.

13. Salinas D, Moreno D, Dennis J. Tuberculosis pulmonar, esofágica y laríngea. Acta Med Colombiana. 2014 (citado 9 de febrero de 2019);39(1):85-9. Disponible en: <http://www.scielo.org.com>
14. Díaz G, Lastra G. Hallazgo endoscópico en el Hospital Universitario de Neiva. Rev colombiana de neumología. 2016 (citado 15 febrero 2017];13(5):25-31. Disponible en: <http://www.archbronconeumol.org>
15. Rodríguez H. Patología estructural de laringe y tráquea. En: Macri C, Teper A. Enfermedades respiratorias. México: Ediciones McGraw Hill Interamericana; 2014:35(1):56-60.
16. François M. Enfermedades de las vías respiratorias superiores. EMC-Pediatría (París). 2015;48(3):1-11.
17. Sih T, Godinho R. Cuidando los oídos, nariz y garganta de los niños. São Paulo: Brasil Ed. Do autor; 2018.

Conflicto de intereses

Los autores plantean que no existe conflicto de intereses.