

# Tuberculosis laríngea: Presentación de un caso y revisión de la literatura

Laryngeal tuberculosis: Presentation of a case and review of the literature

## RESUMEN

Aunque la tuberculosis laríngea (TL) era frecuente en el pasado, hoy en día es una entidad poco habitual. Actualmente es la enfermedad granulomatosa más común de la laringe. A la vez que el incremento de las formas pulmonares, se confirma un incremento del número de casos diagnosticados de TL en nuestro medio. Presentamos un caso de TL visto en nuestro hospital y una pequeña revisión de la literatura.

## PALABRAS CLAVE:

Tuberculosis laríngea.

## SUMMARY

*Laryngeal tuberculosis is a rare disease but was quite common in the past. At the moment, laryngeal tuberculosis is the most frequent granulomatous disease of the larynx. Concomitant with the increase with pulmonary forms, we confirm the increase in the number of cases diagnosed in our environment. We report a case of laryngeal tuberculosis seen in our hospital and a little review of the literature.*

## KEY WORDS:

*Laryngeal tuberculosis.*

## Introducción

A principios del siglo XX, la tuberculosis era la patología laríngea más frecuente ( 25 – 30% de tuberculosos la padecían) (1). Actualmente es de un 1-7%, más en países pobres. No obstante, sigue siendo la infección crónica granulomatosa más común de la laringe.(1)(2)(3). Inusual en el área ORL, es de renovado interés debido al incremento de nuevos casos paralelos al auge de la enfermedad tuberculosa. Es de difícil diagnóstico debido a la inespecificidad tanto de la clínica como de la exploración endoscópica. El tratamiento, fundamentalmente médico, es igual al de la tuberculosis pulmonar y tiene un pronóstico favorable en la mayoría de los casos.

## Caso Clínico

Se trata de una mujer de 34 años, comercial y sin antecedentes de interés. Presentaba como clínica inicial una disfonía persistente de un mes de evolución, moderada, de voz ronca y con escape aéreo. También molestias faríngeas inespecíficas y tos seca. No mostraba alteraciones del estado general.

En la exploración inicial (Fig. 1) había un edema bilateral en ambas cuerdas. Se le atribuyeron los síntomas al sobre esfuerzo vocal y se instauró tratamiento con corticoides (en tanda corta) y reposo de voz. Tras no mejorar la clínica anterior se le propuso baja laboral, tratamiento antirreflujo por el edema y antibiótico (amoxicilina-clavulánico). También se ensayaron otros coadyuvantes como antiinflamatorios enzimáticos, mucolíticos y antitusígenos. En visitas sucesivas la disfonía persistía tras dos meses de

evolución. Se añadió un empeoramiento de la tos y cierta fatiga con leve disnea de esfuerzo moderado. En la exploración (Fig. 2) se observó una pequeña neoformación interarritenoidea.



Figura 1: Exploración inicial (edema bilateral).

Se decide entonces solicitar evaluación neumológica. En ella (Fig. 3 y 4) se confirma la afectación pulmonar. La baciloscopia de esputo mostraba BAAR(bacilo ácido alcohol resistente), la tuberculina fue fuertemente positiva y el cultivo confirmó que se trataba de *Mycobacterium tuberculosis*. Posteriormente se realizó TAC pulmonar que corroboró

el diagnóstico (tuberculosis pulmonar exudativa y cavitada en el segmento 6 del LID, con adenopatías mediastínicas en cadena paratraqueal derecha y subcarínica). Se instauró tratamiento médico objetivándose franca mejoría de los síntomas. Actualmente la voz y la exploración está dentro de la normalidad.



Figura 2: Exploración posterior (pequeña formación entre los aritenoides).



Figura 3: Radiografía antero-posterior de tórax (patrón alveolar no segmentario en zonas supero-laterales, con aumento del hilio derecho).

## Discusión

El agente etiológico es el *Mycobacterium Tuberculosis*, BAAR, y aerobio estricto. Se reproducen lentamente y puede vivir dentro de los macrófagos (enlentecen su metabolismo indefinidamente.) Como enfermedad, aunque hay evidencias neolíticas y en momias egipcias, tuvo un incremento en Europa en la revolución industrial. Se produjo luego un descenso tras el descubrimiento de los antibióticos. Actualmente hay un incremento debido al SIDA, inmigración, ADVP, pobreza y hacinamiento. (4)(5)(6).

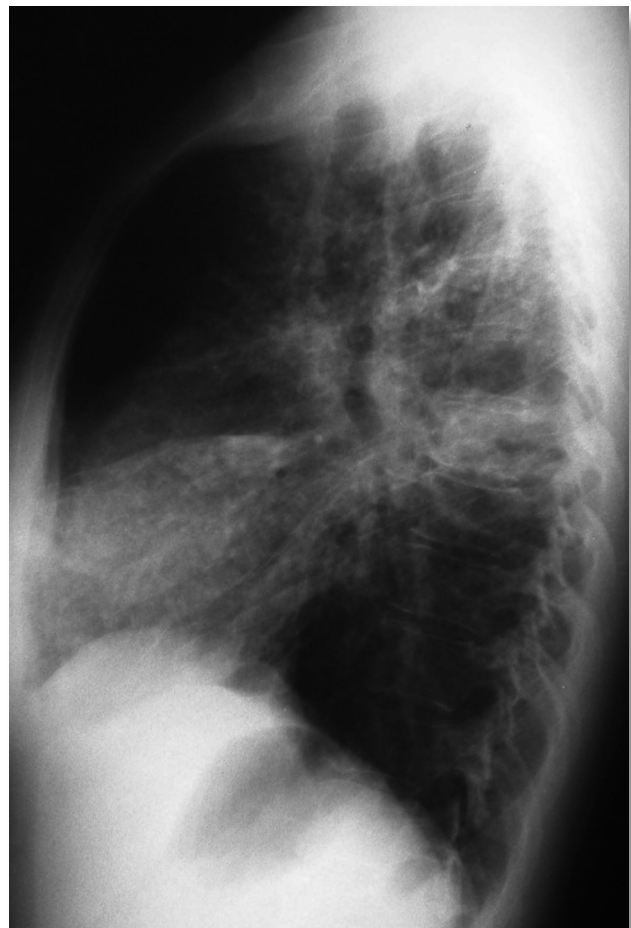


Figura 4: Radiografía lateral de tórax (opacificación de la base derecha, sobre todo en el lóbulo medio).

Epidemiológicamente es la enfermedad más prevalente del mundo, con un porcentaje del 32% de personas infectadas. Es importante conocer la diferencia entre infección y enfermedad tuberculosa. La infección es el contacto del individuo con el bacilo, mientras que la enfermedad es la presencia de síntomas y/o hallazgos en la exploración física. Se calcula que el 10% de los infectados desarrollará la enfermedad tuberculosa. Produce anualmente tres millones de muertes al año (más que el SIDA), el 98% en países subdesarrollados. En España un 30% de la población está infectada (tuberculina +), lo que supone 14.000 nuevos casos al año, es decir una tasa de 35/100.000 hab. Es importante la coinfección con el SIDA ("la doble epidemia") importantísima en España. (4). El diagnóstico se basa en la sospecha clínica, prueba de Mantoux, radiología, bacteriología (examen directo, cultivo de Lowestein, cultivo en medio ácido y amplificación enzimática del ADN por PCR) e histología. Su tratamiento incluye varios fármacos, normalmente en triple-terapia dos meses y bi-terapia los cuatro meses siguientes.

La TL predomina en varones y en edad media de la vida. Frente a la presentación entre veinte y cuarenta años en el pasado. (7)(8), en la actualidad la edad se sitúa entre la cuarta y quinta década (8)(9)(10) aunque el rango varía de veinte a setenta y dos en estos estudios. Destaca

la adicción mayoritaria al tabaco y en menor medida al alcohol. Es infrecuente el antecedente de tuberculosis, lo que dificulta el diagnóstico.

Es la forma clínica de mayor capacidad infectante debido a su localización. (1). Se adquiere por lo general a partir de una tuberculosis pulmonar por contacto directo.

También hay diseminación hematogena y linfática (por una reactivación de focos hematógenos o linfáticos.) Esto último es más infrecuente pero en todas las series publicadas hay casos sin afectación pulmonar. (8)(9)(10)(11)(12).

La sintomatología es variable e inespecífica. Destaca la disfonía, disfagia, disnea, hemoptisis, tos, otalgia, síntomas generales (astenia, fiebre, sudor nocturno,...), odinofagia intensa (en lesiones ulcerovegetantes que provocan condritis) y adenopatías cervicales (blandas y no dolorosas.) La disfonía es el síntoma inicial. (1)(3)(8)(9)(10).

Las lesiones son nodulares exofíticas o ulcerosas, lo que hace posible su confusión con un carcinoma. Existe la posibilidad de la asociación de ambas entidades. (9)(10)(13).

En cuanto a su localización clásica de la parte posterior laríngea debido a los periodos de reposo en cama, parezca que ha cambiado en la actualidad, aunque existen diferencias según autores. En algunas series predomina la localización en cuerdas vocales(9)(13)(14)(15), en otras la supraglotis(8)(10) y en otros la parte posterior(16). Otros concluyen en la no predilección de sitios(3)(12).

En la mayoría hay afectación pulmonar radiológica. En el TAC cervical las lesiones son totalmente inespecíficas.

Es una enfermedad de D.O.(declaración obligatoria). Hay que aislar al paciente en las primeras etapas. El tratamiento es médico aun con lesiones voluminosas. El tratamiento quirúrgico se precisa en pocas ocasiones ( dilataciones laríngeas para las secuelas y traqueotomía en caso de disnea aguda).

Como vemos, nuestro caso no coincide con la epidemiología ni con la localización de las lesiones más habitual vista en otros estudios

El creciente aumento de los casos de tuberculosis debe ponernos en guardia ante la posibilidad de encontrarnos con esta patología en nuestra práctica habitual.

La tuberculosis laríngea debe ser tenida en cuenta en casos de disfonías persistentes y rebeldes a los tratamientos habituales. El tratamiento es médico aunque sean lesiones voluminosas. La cirugía está indicada en las secuelas, disnea aguda y en caso de agravamiento progresivo ante la posibilidad de asociación con carcinoma.

## Bibliografía

- Rodríguez Barrientos R, Rodríguez Blanco A, Vidal Muñoz JL, Noguerado Asensio A. Disfonía y tuberculosis laríngea: presentación de dos casos y revisión de la bibliografía. *Aten Primaria* 2002; 30:530-532.
- Trinidad Pinedo J, Riera March A, Laringitis agudas y crónicas en el adulto. En: Gil-Carcedo García LM, Marco Algarra J, Medina J, Ortega del Alamo P, Suarez

Nieto C, Trinidad Pinedo J, (editores): Tratado de ORL y Cirugía de cabeza y cuello, Editorial Proyectos médicos SL. Madrid, 1999; 138:1915-15.

- Porrás Alonso E, Martín Mateos A, Pérez Requena J. Laryngeal Tuberculosis. *Rev Laryngol Otol Rhinol* 2002; 123(1):47-8.
- Tuberculosis. <http://www.monografias.com/trabajos5/tuber/tuber.shtml>
- Galletti F, Freni F, Bucolo S, Spano F, Gambadoso O. Laryngeal Tuberculosis: considerations on the most recent clinical and epidemiological data and presentation of a case report. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2000 Jun; 20(3):196-201.
- García MJ, Riqueiro MT, Casaviego E, Corredoira JC Tuberculosis. *Guías clínicas* 2003; 3. <http://www.fisterra.com/quias2/tuberculosis.htm>
- Kandiloros DC, Nikolopoulos TP, Ferekidis EA, Tsangaroulakis A, Yiotakis JE, Davilis D. *J Laryngol Otol.* 1997 Jul; 111(7):619-21.
- Montejo M, Alonso M, Aguirrebengoa K, Moreno G, Goicoetxea J, Petreñas E, Bañuelos S, Vergez A. Tuberculosis laríngea: estudio de 11 casos. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2001; 52: 53-56.
- Fraile Rodrigo JJ, Hernández Martín A, Vicente Gonzalez EA, Marín Lorente JM, Ortiz García AM, Angulo García AF, et al. Tuberculosis laríngea. Revisión de nuestra experiencia. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1987;38, 6 (369-373).
- Soto Varela A, Lozano Ramírez A, Del Rio Valieras M, Labella Caballero T. Tuberculosis laríngeas: Presentación de 10 casos. *Acta otorrinolaringol. Esp* 1994;45, 5(357-359).
- Ramadan HH, Tarazi AE, Baroudy FM. Laryngeal tuberculosis: presentation of 16 cases and review of the literature. *J Otolaryngol.* 1993 Feb; 22(1):39-41.
- Nishiike S, Irifune M, Doi K, Swada T, Kubo T. Laryngeal tuberculosis: a report of 15 cases. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2002 Oct; 111(10):916-8.
- Fortun J, Sierra C, Raboso E, Pérez C, Plaza G, Navas E. Tuberculosis of the otorhinolaryngologic region: laryngeal and extra-laryngeal forms. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 1996 Jun-Jul ; 14(6) :352-6.
- Tu HY, Li HY, Huang T. Laryngeal tuberculosis : a series of 46 patients. *Changcheng Yi Xue Za Zhi.* 1997 Jun ; 20(2) :94-9.
- Portier F, Cartry F, Nowak C. Tuberculose laryngé. *Encycl Méd Chir( Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Oto-rhinolaryngologie,* 20-575-A- 10, 2003, 4p.
- Beg MH, Marfani S. The larynx in pulmonary tuberculosis. *J Laryngol Otol.* 1985 Feb; 99(2):201-3.

## Correspondencia

J. Antonio Maltrana García  
 Urb. Maya. Avda. Navarra, 37 - portal 3, 2.º B  
 50015 Zaragoza  
 e-mail: jmaltranagarcia@hotmail.com