

Tuberculosis Laríngea

J. MARTÍNEZ SUBÍAS
 A. URPEGUI GARCÍA
 E. SANCHO SERRANO
 J. ROYO LÓPEZ
 J. MILLÁN GUEVARA
 H. VALLÉS VARELA

Servicio de Otorrinolaringología.
 Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"
 Zaragoza

Resumen

En los últimos años se está produciendo un nuevo aumento de la tuberculosis, tanto por el aumento de las inmunodeficiencias farmacológicas (tratamiento oncológico, trasplantes...) como biológicas (SIDA...). Sigue siendo hoy todavía la enfermedad más común capaz de producir lesiones granulomatosas de la laringe.

Su diagnóstico debería ser planteado en un paciente con disfonía, tos y odinofagia, especialmente en un área donde la tuberculosis es endémica, su diagnóstico sigue siendo fundamentalmente mediante biopsia y su tratamiento quirúrgico solo suele corresponder a las etapas finales de fibrosis laríngea, pudiendo ser incluso necesarias la realización de laringectomías totales.

Es necesario tener presente siempre esta enfermedad en la práctica médica diaria, al igual que su no rara asociación con el carcinoma de laringe. En algunas estadísticas esta asociación ronda el 5,3%.

Palabras clave: Tuberculosis laríngea. Clínica. Tratamiento

Summary:

Last years it is making a new growth of tuberculosis, because farmacological inmunodeficiencias (oncological treatment, transplant...) as biological (AIDS...).

Today tuberculosis is still the most common granulomatosose illness in the larynx.

Its diagnostic must be done in a patient with disfonía, cough and odinofagia, specially in a area where the tuberculosis is endemic. Diagnostic is with biopsy and its surgery treatment is only necessary in laringeal fibrosis, and it is possible to make a total laryngectomy.

We always must think in this illness in our daily work. It can associate with laringeal neoplasms. This association is about 5.3%.

Key words: Laringeal tuberculosis. Clinic. Treatment

Introducción

La tuberculosis de laringe es una enfermedad relativamente infrecuente en la actualidad, a diferencia de un pasado reciente, siendo hoy todavía la enfermedad más común capaz de producir lesiones granulomatosas de la laringe (1). En esta última década, su incidencia está aumentando, probablemente debido al número creciente de pacientes con infección VIH.

Mientras en 1905 el 48% (2) de los sujetos tuberculosos tenían afectación laríngea y en 1947 el 37,5% (3) se ha pasado a una cifra de 8,9% en 1985. En el pasado afectaba a unas edades más tempranas que en la última década. Es más frecuente en el hombre. La edad de predilección en los varones se sitúa entre los 40-60

años, mientras que para las mujeres se sitúa entre los 20-40 años (4). La incidencia en niños sigue siendo muy rara. Las estimaciones de la O.M.S hablan de 16.000.000 de tuberculosos en el mundo, de unos 8-10.000.000 casos nuevos cada año, y con unos 50-100 millones de sujetos seropositivos para VIH. Aproximadamente el 10% de los seropositivos son tuberculosos, sobre todo en sus fases iniciales(5).

Parece ser que el aumento de incidencia se debe tanto a la disminución de la prevalencia de la inmunidad natural frente a ese microorganismo, como al aumento de las inmunodeficiencias farmacológicas (tratamiento oncológico, trasplantes...) como biológicas (SIDA...). Igualmente existen una serie de factores favorecedores como se muestran en la tabla I (6).

Creemos que es necesario tener presente siempre esta enfermedad en la práctica médica diaria, al igual que su no rara asociación con el carcinoma de laringe, siendo la primera impresión visual de la patología laríngea más sugerente de este proceso que de tuberculosis (7). Según algunas estadísticas esta asociación ronda el 5,3% (4).

Caso clínico

Se trata de un varón de 42 años, albañil, con antecedentes de esquizofrenia paranoide. Fumador de un paquete al día. Durante los dos últimos meses presenta disfonía, odinofagia, tos y una expectoración blanquecina. Igualmente en este periodo perdió aproximadamente 8 Kg de peso. En su exploración no aparecen adenopatías cervicales. Bajo laringoscopia indirecta se observa una tumoración que afecta a la epiglotis en sus dos caras, no visualizándose bien el espacio glótico. Entre las pruebas complementarias se realizó una Rx de tórax con aparición de un infiltrado exudativo bilateral, sobre todo en ambos lóbulos superiores y en las zonas hiliares (Fig.1). La baciloscopia fue negativa. El sujeto presentó una linfopenia con una monocitosis. El resto de su analítica estaba dentro de la normalidad salvo cifras de fibrinógeno de 927mg/100ml. Las pruebas para determinar la infección VIH fueron negativas. Su cociente CD4/CD8 fue mayor de 5. El estudio inmunológico fue normal. Ante la duda diagnóstica de un proceso cancerígeno



Figura 1: Rx de tórax del paciente tbc

laríngeo se realizó bajo anestesia general una laringoscopia directa con toma de biopsias de la tumoración. En ella se vio como afectaba la epiglotis en sus dos caras y el repliegue aritenopiglótico derecho, quedando el resto de estructuras laríngeas libres. El estudio anatomopatológico informó de microgranulomas de células gigantes multinucleadas de tipo Langhans con centros de necrosis de tipo caseoso, sugerente de laringitis granulomatosa tuberculosa. Se inició el tratamiento antituberculoso a base de rifampicina 600 mg/día durante seis meses, isoniacida 300 mg./día/6 meses, pirazinamida 1500mg/día durante dos meses.

Los cultivos fueron positivos para micobacterium tuberculosis.

Al mes de iniciado el tratamiento el paciente se encontraba clínicamente bien, sin fiebre tos ni expectoración. La última revisión efectuada seis meses después de concluir el tratamiento no indicaba aparición de la enfermedad de nuevo.

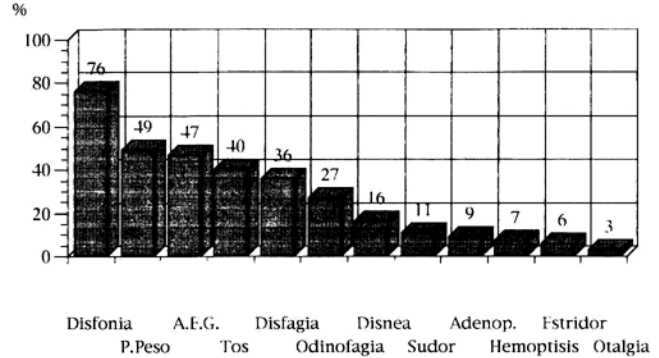


Figura 2: Clínica de la tuberculosis laríngea

Discusión

La tuberculosis laríngea sigue siendo la enfermedad granulomatosa más frecuente hoy en día. Otros procesos granulomatosos a incluir en el diagnóstico diferencial son la sarcoidosis, la blastomycosis, coccidiomycosis, sífilis, Wegener y lepra (8). Entre los procesos no granulomatosos siempre debemos tener presente en su diagnóstico diferencial el carcinoma epidermoide de laringe.

Los síntomas y signos clínicos más frecuentes son la disfonía en un 76%, la tos en un 40% de los casos, pérdida de peso 49%, alteración del estado general 47%, seguidos de la disnea 16%, hemoptisis 7%, adenopatías cervicales 9% (4), como se ve en la figura 2.

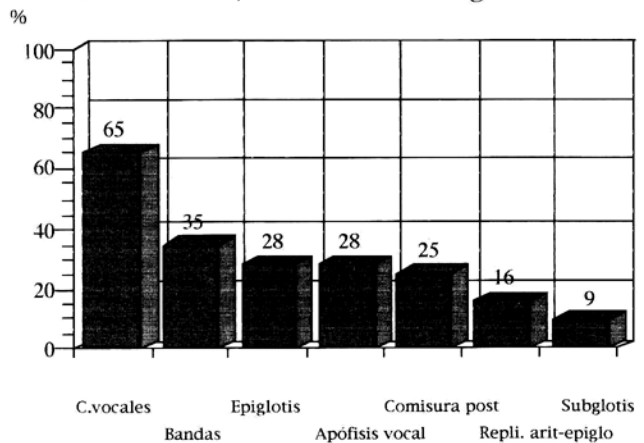


Figura 3: Localización de la tuberculosis laríngea

Entre sus localizaciones más frecuentes se encuentran las cuerdas vocales en un 64%, bandas ventriculares 35% y la epiglotis en el 28%. El resto de zonas afectadas son las apófisis vocales (4), la comisura posterior, los repliegues aritenopiglóticos y la subglotis (9) (Fig.3).

Tabla I: Mayor frecuencia que en población normal

| | | | |
|----------------|--------|--------------------|---------|
| INFECCION VIH | 50-100 | SIDA | 400-800 |
| SILICOSIS | 8-30 | FIBROSIS PULMONAR | 10 |
| DIABETES | 2-4 | GASTRECTOMIZADOS | 5 |
| NEO.SANGUINEAS | 2-3 | INMUNOSUPRESORES | 2-3 |
| ALCOHOL | * | TABACO | * |
| DESNUTRICION | * | CA.CABEZA Y CUELLO | * |
| I.R.AVANZADA | * | PERDIDA DE PESO | * |
| RAZA,GENETICA | * | | |

Nota: con "" se hace referencia a factores que se consideran de alta presunción.*

La sintomatología en los niños es fundamentalmente de distress respiratorio (10). La obstrucción de la vía aérea rara vez ocurre incluso en casos fulminantes. La localización de las lesiones también parece haberse modificado en los últimos años, desde la afectación clásica de la región de la comisura posterior, hacia zonas de supraglotis en conjunto (7).

El aspecto macroscópico de las lesiones suele tender a la forma infiltro-ulcerosa como la más frecuente, seguidas por las formas excrecentes o granulomatosas y las inflamatorias(4) La biopsia es fundamental para el diagnóstico de este proceso patológico. A veces las biopsias pueden ser negativas por tratamientos antibióticos previos indiscriminados asociados a antiinflamatorios que modifiquen el modo de reacción tisular ante la presencia del bacilo tuberculoso (11).

Como ya hemos comentado anteriormente se puede asociar al carcinoma laríngeo, bien porque la tuberculosis laríngea se maligniza posteriormente o bien es un carcinoma laríngeo el que aparece primeramente al cual se le asocia una tuberculosis. De todas formas lo más frecuente es la aparición de un carcinoma laríngeo dentro de una tuberculosis pulmonar (12).

Serán necesarias biopsias profundas que no distingan solo unas lesiones tuberculosas y dejen escapar un cáncer. Se considera diagnóstico la aparición de granulomas epiteliogigantocelulares con necrosis caseosa central y/o la presencia de bacilos ácido alcohol resistentes(10).

Otras baterías de pruebas usadas son el uso de derivado proteico purificado, el cual se suele usar como test de screening, siendo negativo en sujetos con escasa o nula capacidad de respuesta inmunitaria, la citología de esputos, la radiografía de tórax, y los cultivos. Parece ser que la reacción en cadena de la polimerasa será la prueba más rápida de diagnóstico de tuberculosis en el futuro.

En lo referente a las radiografías de tórax, en aproximadamente el 80% de los casos de tuberculosis laríngea suele aparecer concomitantemente tuberculosis pulmonar, lo cual habla a favor de la teoría broncogénica(3) según la cual la laringe es infectada a través de los bacilos contenidos en las secreciones endobronquiales. El 20% restante de pacientes con radiografías

pulmonares no sugerentes de patología tuberculosa hablarían más a favor de la teoría hematogena de difusión y de la linfática. Estas dos últimas son realmente muy raras (13).

Mucho se ha discutido en la bibliografía sobre ello pero se considera tuberculosis laríngea primaria cuando no aparece enfermedad pulmonar, siendo el microorganismo transmitido por partículas aerosolizadas e inoculado en la mucosa laríngea. La mayoría de estos casos suelen corresponder a niños.

Hablamos de tuberculosis laríngea secundaria cuando existe un foco de enfermedad a nivel pulmonar.

Si el informe de anatomía patológica es dudoso se iniciará el tratamiento antituberculoso controlando semanalmente al paciente. Si persisten las lesiones habrá que repetir la exploración clínica o analítica e incluso la biopsia. Si los informes de anatomía patológica son dudosos también pueden mandarse fragmentos de biopsias al bacteriólogo para identificar los BAAR y en ocasiones realizar cultivo e inoculación en cobayo.

En su tratamiento se suele actuar de forma similar a la tuberculosis pulmonar, con Rifampicina 10mg/kg/día durante 6 meses, Isoniacida 5mg/kg/día durante 6 meses, Etambutol 20mg/kg/día durante 2 meses y piracinamida 30 mg/kg/día los 2 primeros meses. Debido a la gran resistencia a los antituberculosos en los casos de asociación tuberculosa- SIDA se recomienda Rifampicina 10mg/kg/día durante 2 meses, Isoniacida 5mg/kg/día durante 2 meses, Etambutol 20mg/kg/día durante 2 meses, Pirazinamida 30mg/kg/día durante 2 meses y los 7 meses siguientes Rifanpizina 10 mg/kg/día e Isoniazida 5 mg/kg/día(4).

En general tras el primer mes de tratamiento desaparecen los síntomas y las lesiones inflamatorias y exudativas. Otro tipo de lesiones son más lentas en regresar.

En casos agudos de disnea puede ser necesario la realización de traqueotomías de urgencias o de uso de bolos de corticoides o de laser CO₂ para desobstruir la vía aérea. En ocasiones pueden ser necesarias realizar laringectomías parciales o totales (como en el caso de pericondritis tiroidea con fistulización cutánea). Entre sus secuelas pueden aparecer adherencias fibrosas entre las cuerdas vocales y fijación residual de las mismas o amputación por condritis de alguno de los cartílagos que constituyen la laringe, en especial la epiglotis(4).

Como conclusiones diremos que debido a la incidencia del virus de la inmunodeficiencia humana adquirida, la incidencia de tuberculosis está aumentando, con el consiguiente aumento de la probabilidad de aparición de tuberculosis laríngea, su tratamiento suele ser efectivo en la mayoría de las ocasiones con resolución de las anomalías laríngeas. Su diagnóstico debería ser planteado en un paciente con disfonía, tos y odinofagia, especialmente en un área donde la tuberculosis es endémica, su diagnóstico sigue siendo fundamentalmente mediante biopsia y su tratamiento quirúrgico solo suele corresponder a las etapas finales de fibrosis laríngea, pudiendo ser incluso necesarias la

realización de laringectomías totales(14). Es necesaria su biopsia ya que el aspecto macroscópico puede ser similar al del cáncer de laringe, patología con la cual puede coincidir.

Bibliografía

- 1.- THALLER SR, GROSS JR, PILCH BZ, GOODMAN ML. Laryngeal tuberculosis as manifested in the decades 1963-1983. *Laryngoscope* 1987;97:848-850.
- 2.- HABERSONH SJ: The treatment of laryngeal tuberculosis. *J Laryngol* 1905;20:630-637.
- 3.- AUERBACH O: Laryngeal tuberculosis. *Arch Otolaryngol* 1946;44:191-201.
- 4.- GRUPO DE TRABAJO SOBRE TBC. Consejo nacional para el control de la tuberculosis en España. *Med. Clin. (Barc)* 1992; 98:24-31.
- 5.- CHRETIEN J, PAPILLON F, VENET A, ISRAELBIET D, OFFREDO- HEMMER, DANIEL C. Un imprévu épidémiologique dans le déclin de la tuberculose: l'infection VIH. *Bull Acad Ntle Med* -1988;172: 907-17.
- 6.- REY DURÁN, MELERO MORENO C. Tuberculosis. *Medicine* 1992;6:1077-1087.
- 7.- ZANARET M, GIOVANNI A, BOUQUET O. Tuberculose laryngée. Editions Techniques. *Encycl. Med. Chir. (París, France), Oto-Rhinolaryngologie*,20-646-B-10, p.9,1992.
- 8.- MOSS AA, GAMSU G, GENANT HK. *Computed tomography of the body with magnetic resonance imaging*, 2nd ed. Philadelphia: Saunders,1992;381-382.
- 9.- STOCK CR, GOLDMAN JL: Subglottic tuberculosis: A case report. *KMA* 1989;87:21-22.
- 10.- RAMADAN HH, TARAZI AE, BAROUDY FM. Laryngeal tuberculosis: presentation of 16 cases and review of the literature. *J Otolaryngol* 1993;22:39-41.
- 11.- FARHI D, MASON U, HORSBURGH C. Pathologic findings in disseminated Mycobacterium avium intracellulare. *Am J.Clin.Pthol* 1986;85:67-72.
- 12.- ORTÍZ A, DE MIGUEL HERNANDEZ, MARÍN LORENTE J, IBERO P, MATEO A. Tuberculosis laríngea. *Acta Otorrinolaring. Esp* 1979;30:441-444.
- 13.- HASSAN H, RAMADAN MD, MARK K, WAX MD. Laryngeal tuberculosis. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1995;121:109-112.
- 14.- ABDEL-HADI M, ROQUETTE M, BARTUAL J. La tuberculosis en la clínica otorrinolaringológica actual. *Acta Otorrinolaring. Esp* 1989;40(3):189-194.

Correspondencia:

Javier Martínez Subías

Servicio de ORL

Hospital clínico Universitario "Lozano Blesa".

San Juan Bosco, 15

Zaragoza