

Comunicaciones Breves

Tuberculosis en Otorrinolaringología. Reporte de 3 casos

Tuberculosis in otolaryngology. Report of 3 cases

Tuberculose em otorrinolaringología. Relatório de 3 casos

Dra. Gisela Luna Corzo ⁽¹⁾, Dra. Cyntia Santini ⁽¹⁾, Dra. Constanza Trinchinetti ⁽¹⁾,
Dra. Betina Beider ⁽²⁾

Resumen

La tuberculosis extrapulmonar suele ser una presentación poco frecuente. Aunque la vía respiratoria alta es la vía de entrada del Mycobacterium tuberculosis, su afectación es rara (menos del 2%), siendo la localización ótica, laríngea y nasofaríngea de carácter excepcional, pudiéndose presentar tanto de forma primaria como secundaria a una lesión pulmonar.

Se describen tres formas de presentación de tuberculosis extrapulmonar, resaltando la importancia de su sospecha clínica; fundamental para el diagnóstico. Se reporta un caso de tuberculosis laríngea como presentación primaria; un caso de tuberculosis faríngea como presentación secundaria y un caso de presentación ótica en un paciente inmunocomprometido.

Debido al aumento en los últimos años de esta enfermedad es necesario tenerla presente como diagnóstico diferencial. Se destacan las dificultades en su detección, ya que no existen características exclusivas de la tuberculosis. La importancia del diagnóstico precoz radica en que es una enfermedad con buena evolución si es tratada oportunamente.

Palabras clave: Tuberculosis extrapulmonar, otitis media tuberculosa, faringitis y laringitis granulomatosa.

Abstract

Extrapulmonary tuberculosis is usually an uncommon presentation. Although the upper respiratory tract is the entry route of the Mycobacterium tuber-

culosis, its involvement is rare (less than 2%), being the otic, laryngeal and nasopharyngeal localization exceptional, being able to present both primary and secondary to a lung injury.

Three forms of presentation of extrapulmonary tuberculosis are described highlighting the importance of their clinical suspicion; fundamental for the diagnosis. A case of laryngeal tuberculosis is reported as primary presentation; a case of pharyngeal tuberculosis as a secondary presentation and a case of otic presentation in an immunocompromised patient.

Due to the increase in recent years of this disease it is necessary to keep it in mind as a differential diagnosis. The difficulties in its detection are highlighted, since there are no exclusive characteristics of tuberculosis. The importance of early diagnosis lies in the fact that it is a disease with good evolution if it is treated opportunely.

Key words: Extrapulmonary tuberculosis, tuberculous otitis media, pharyngitis and granulomatous laryngitis.

Resumo

A tuberculose extrapulmonar é geralmente uma apresentação incomum. Embora a via aérea superior é o Mycobacterium tuberculosis porta de entrada, o seu envolvimento é raro (menos do que 2%), a localização ótica, da laringe e da nasofaringe excepcional, sendo possível que tanto na forma primária como secundária à lesão do pulmão.

⁽¹⁾ Médicas residentes. ⁽²⁾ Jefa del Servicio de ORL y Cirugía de Cabeza y Cuello.

Servicio de ORL y Cirugía de Cabeza y Cuello; Hospital de Trauma y emergencias "Dr. Federico Abete", Malvinas Argentinas, Provincia de Buenos Aires - Argentina.

Mail de contacto: lunacgise@gmail.com.

Fecha de envío: 18 de junio de 2018- Fecha de aceptación: 29 de junio de 2018.

Três formas de apresentação da tuberculose extrapulmonar são descritas, destacando a importância de sua suspeita clínica; fundamental para o diagnóstico. Um caso de tuberculose laríngea é relatado como apresentação primária; um caso de tuberculose faríngea como apresentação secundária e um caso de apresentação ótica em paciente imunocomprometido.

Devido ao aumento nos últimos anos desta doença é necessário ter isto em mente como um diagnóstico diferencial. As dificuldades em sua detecção são destacadas, uma vez que não existem características exclusivas da tuberculose. A importância do diagnóstico precoce reside no fato de ser uma doença com boa evolução se tratada oportunamente.

Palavras-chave: Tuberculose extrapulmonar, otite média tuberculosa, faringite e laringite granulomatosa.

Introducción

La tuberculosis es una infección producida por el *Mycobacterium tuberculosis*, se caracteriza por un período de latencia prolongado entre la infección inicial y la sintomatología clínica en el que predominan la manifestaciones pulmonares, aunque también puede afectar a otros órganos.

La tuberculosis es considerada en la actualidad como una de las enfermedades infecciosas de mayor repercusión a nivel mundial. ⁽¹⁾ En la República Argentina, la tuberculosis constituye un problema de salud pública prioritario desde hace muchos años y en todas las jurisdicciones del país se realizan actividades de búsqueda, detección de casos y tratamiento gratuito de los enfermos por parte de los programas de control. ⁽²⁾

Esta enfermedad puede tener dos presentaciones: pulmonar o extrapulmonar. La localización extrapulmonar exclusiva se observó en el 12,3% del total de los casos nuevos y recaídas, y en el 8,2% de los casos pulmonares (localización mixta) según datos recabados en nuestro país. ⁽³⁾

El 10% de los casos de tuberculosis tienen alguna manifestación en cabeza y cuello. Aunque la vía respiratoria alta es la vía de entrada del *Mycobacterium tuberculosis*, su afectación es rara (menor del 2%) ⁽⁴⁾ y la localización nasofaríngea es excepcional y generalmente aislada, sin afectación pulmonar o sistémica. ⁽⁵⁾ La presentación más frecuente son las adenopatías yugulares altas (50-90%). ^(6,7,8)

Se describen tres formas de presentación de tuberculosis extrapulmonar, resaltando la impor-

tancia de su sospecha clínica; fundamental para el diagnóstico. Se reporta un caso de tuberculosis laríngea como presentación primaria; un caso de tuberculosis faríngea como presentación secundaria y un caso de presentación ótica en un paciente inmunocomprometido.

Casos clínicos

Caso clínico 1

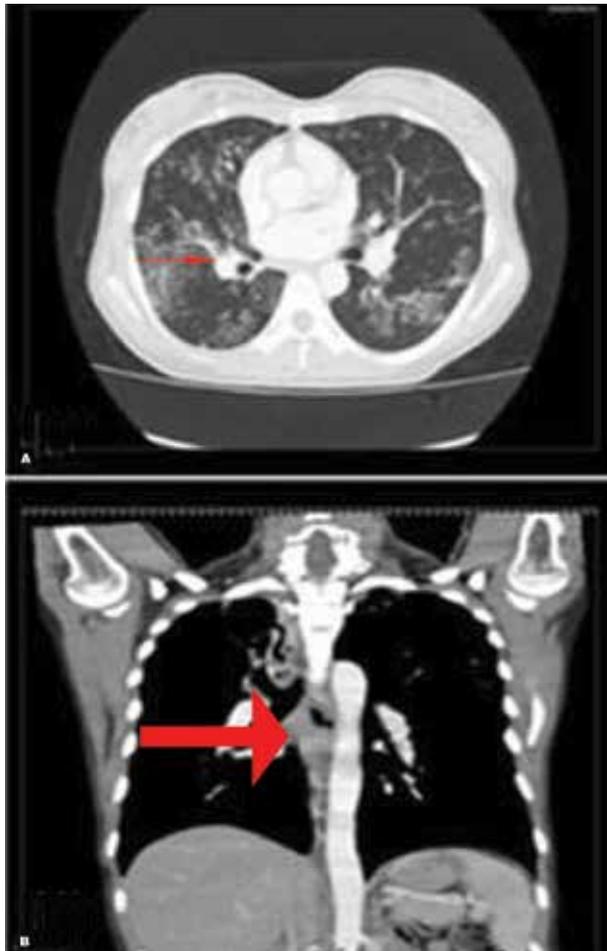
Paciente de sexo femenino de 25 años de edad, quien consulta por presentar cuadro clínico caracterizado por odinofagia de dos meses de evolución asociada a astenia, acompañado de adinamia, pérdida de peso, tos, sudoración nocturna y fiebre intermitente. Refiere haber realizado tratamientos previos con esquema antibiótico de penicilinas semisintéticas, en dosis adecuadas, sin ninguna mejoría clínica.

Se realiza examen de fauces donde se visualiza en pilares anteriores y úvula lesiones blanquecinas adherentes, con áreas eritematosas y edema perilesional. (Fig. 1) Se palpan adenopatías bilaterales de tipo inflamatorio en región yugulocarotídea a predominio izquierdo. Se realiza laringoscopia directa y se observa compromiso de epiglotis y senos piriformes que presentan lesiones similares a las encontradas en fauces, cuerdas vocales libres y móviles. Se solicita hemograma, el que informa leucopenia y plaquetopenia, serologías que resultan negativas para sífilis, HIV y virus de hepatitis C; hisopado de fauces que informa negativo para gérmenes comunes, gonococo, y micológico, y un esputo seriado x 3 para BAAR, que no presenta presencia de bacilos pero de alta sospecha. Se solicitan estudios de imágenes: radiografía de tórax donde se observa consolidación parenquimatosa en campo pulmonar derecho con broncograma aéreo, TC.: donde se observa lóbulo superior pulmonar derecho, y segmento superior de lóbulo inferior ipsilateral con

Fig. 1. Lesiones en fauces: A: Al inicio. B: A los 15 días de tratamiento.



Fig. 2. Tomografía computada de tórax. A: corte axial donde se observa caverna en pulmón derecho e imagen en brote (flecha). B: corte coronal donde se señala caverna en pulmón derecho.



imágenes cavitadas. A nivel generalizado y difuso en ambos campos pulmonares patrón en “árbol en brote”. (Fig. 2)

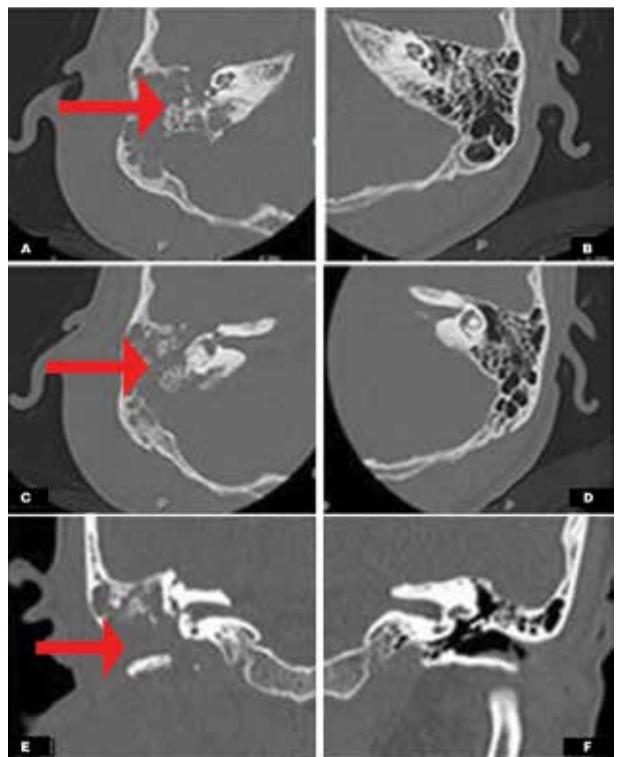
Con diagnóstico presuntivo de proceso infeccioso con diseminación hematogena, compatible con tuberculosis miliar o micobacterias atípicas, se decide internación para estudio y tratamiento. El cultivo de esputo informa positivo para BAAR. Se derivó al Servicio de Infectología para continuar el tratamiento, utilizando la fórmula combinada de Isoniacida/rifampicina/pirazinamida/etambutol (75 mg, 150 mg, 400 mg y 275 mg, respectivamente), durante dos meses en forma diaria.

Caso clínico 2

Paciente masculino de 28 años, consulta al servicio por otodinia y otorrea de oído derecho de 10 días de evolución. Al examen físico destaca pabellón auricular, y conducto auditivo externo eritematoso (CAE) y estenosado con secreción activa, sin

posibilidad de visualizar la membrana timpánica, acompañado de tumoración retroauricular compatible con adenopatía. El resto de la exploración otorrinolaringológica y neurológica impresiona normal. Se interpreta el cuadro como otitis externa aguda y se indica tratamiento antibiótico sistémico y local con quinolonas, sin seguimiento de mismo. Al mes consulta nuevamente por presentar aumento de tamaño de la tumoración en región mastoidea dolorosa eritematosa y fluctuante a la palpación. Se observan múltiples granulomas en CAE con presencia de otorrea purulenta activa. Ante la sospecha de una complicación mastoidea, se decide internación para estudio y tratamiento. El laboratorio informa anemia normocítica normocrómica; serologías que resultan positivas para HIV, negativas para sífilis, citomegalovirus, virus de hepatitis B y C. Como estudio de imagen se solicita TC de peñascos donde se aprecian signos de osteolisis con compromiso de pared posterior mastoidea derecha y ocupación de la región por densidad de partes blandas. (Fig. 3)

Fig. 3. Tomografía computada de peñascos. A: corte axial de oído derecho donde se observa osteolisis pared anterior y posterior de mastoides (flecha). B: Corte axial del oído izquierdo a la misma altura. C: corte axial de oído derecho, donde se observa osteolisis (flecha). D: corte axial de oído izquierdo a la misma altura. E: corte coronal de oído derecho se observa osteolisis y pared inferior de mastoides. F: corte coronal de oído izquierdo a la misma altura.



Se realiza punción de tumoración retroauricular, extracción de granulomas y aspiración de secreción, se envían muestras para su análisis microbiológico, el cual resulta positivo para bacilos con tinción Ziehl Neelsen.

Se decide intervención quirúrgica para exploración y toma de muestra de tumoración retroauricular. Se diagnostica finalmente el cuadro como una mastoiditis por tuberculosis con sobreinfección bacteriana. El paciente continúa su tratamiento supervisado, para el tratamiento sistémico de tuberculosis y HIV. Inicia tratamiento de esquema antibiótico antituberculoso con: Isoniazida (INH), rifampicina (RIF), etambutol (EMB) y pirazinamida (PZA) y esquema antirretroviral con lamivudina, tenofovir, ritonavir y atazanavir.

Caso clínico 3

Paciente masculino de 84 años de edad que consulta por disfonía de 2 años de evolución, persistente, que en los últimos 2 meses se asoció a disnea y odinofagia ocasional. Presenta hábito tabáquico y enólico. Sometido a 2 microcirugías laríngeas, las cuales informaron proceso inflamatorio crónico inespecífico en ambas ocasiones. No se acompaña de antecedentes patológicos ni familiares de relevancia. Examen físico sin anomalías. Se realiza nasofibrolaringoscopia donde se observa una tumoración exofítica en corona laríngea que no permite visualizar cuerdas vocales.

Se realiza microcirugía de laringe para biopsia y permeabilización. Se envía muestra a anatomía patológica y cultivo el cual informa: microorganismos compatibles con BAAR con técnicas de Ziehl Neelsen, y cultivo positivo para BAAR, confirmándose así el diagnóstico de tuberculosis laríngea. Se decide iniciar esquema antibiótico antituberculoso con Servicio de Infectología, utilizando la fórmula combinada de Isoniacida/rifampicina/pirazinamida/etambutol (75 mg, 150 mg, 400 mg, 275 mg respectivamente), durante dos meses en forma diaria.

Discusión

La tuberculosis es una enfermedad endémica, de alta prevalencia en pacientes inmunocomprometidos, los cuales suelen tener formas de presentación extrapulmonar, debido a la predisposición de los mismos. No obstante, en la actualidad se reportan casos de tuberculosis en pacientes inmunocompetentes, incluso en localizaciones extrapulmonares como foco primario de infección.

El principal mecanismo patogénico descrito es la inoculación directa de secreciones pulmonares con alta carga bacilar a partir del esputo contaminado, que al pasar a través de la comisura posterior, puede representar el factor predisponente al daño en la vía aérea superior, por ser estas zonas las del impacto del esputo, al toser, caracterizándose histológicamente por la formación o el desarrollo de granulomas.⁽⁹⁾ Se presume que ésta fue la forma de diseminación del caso clínico 1, diagnosticado como tuberculosis faríngea secundaria a tuberculosis pulmonar. Sin embargo, en el caso 3 no existió compromiso pulmonar, lo que lleva a pensar que el foco en este caso se encontraba a nivel de la vía aérea superior, en donde la localización de los bacilos suele ser el cavum.⁽¹⁰⁾

Entre las enfermedades granulomatosas crónicas de la faringe y laringe se cita la tuberculosis, casi siempre secundaria a la pulmonar y formando parte del grupo de las conocidas como extrapulmonares, por ser una localización rara en estos órganos. Los síntomas de presentación en esta región son insidiosos al principio, siendo la disfonía el principal, acompañado de disfagia, odinofagia y más tardíamente disnea. Los signos inicialmente están dados por enrojecimiento e ingurgitación de la mucosa de la región, pudiéndose observar un exudado blanco amarillento, nódulos submucosos, granulomas, hasta parálisis de las cuerdas vocales.

El diagnóstico usualmente es demorado, por la pobre especificidad que ofrece el examen físico. La literatura señala que en algunas formas de tuberculosis laríngea existen problemas con el diagnóstico definitivo, por su semejanza clínica con otras enfermedades y justamente con el cáncer de laringe, donde se ha planteado que puede coexistir hasta en 3,6%, siendo la biopsia la que aporta el diagnóstico definitivo.⁽⁹⁾

Entre las teorías que involucran la afectación del oído, la más frecuente es la de la diseminación hematógena, que se produciría durante la primoinfección, con posterior acantonamiento de los bacilos en el oído medio y subsiguiente reactivación. En expectorantes crónicos la diseminación ocurriría a través de la trompa de Eustaquio. También se ha comentado la posibilidad de inoculación directa al oído externo, a través de una perforación timpánica.

La otomicroscopia generalmente revela la presencia de exudado, perforación de la membrana timpánica y tejido de granulación, siendo estos

síntomas comunes a otras formas de otitis media crónica. En presencia de una otorrea de evolución tórpida se debe considerar la posibilidad de tuberculosis ante el fracaso de medidas terapéuticas habituales y/o presencia de hallazgos o complicaciones inusuales.⁽¹⁰⁾

La tuberculosis en el oído se diagnostica con frecuencia por la anatomía patológica.

Ante toda otitis media crónica rebelde al tratamiento, en la cual esté descartado el colesteatoma, se debe sospechar en la posibilidad de una tuberculosis ótica.

Debido al aumento en los últimos años de esta enfermedad es necesario tenerla presente como diagnóstico diferencial. Este trabajo destaca las dificultades en su detección, ya que no existen características exclusivas de la tuberculosis. La importancia de descartarla ante toda manifestación de larga evolución y sin respuesta al tratamiento convencional radica en que es una enfermedad con muy buena evolución si se trata de manera adecuada y oportuna.

Finalmente, reafirmamos el reto diagnóstico de la tuberculosis en Otorrinolaringología y la mimetización con las enfermedades tumorales, que junto con el creciente reporte de casos hace necesaria la elaboración de una estrategia sanitaria que permita un diagnóstico adecuado y oportuno, acorde a la prevalencia de tuberculosis en cada región.

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Bibliografía

1. Dye C, Maher D, Weil D, Espinal M, Raviglione M. Targets for global tuberculosis control. *IJTLD*. 2006;10(4):460-462.
2. Caminero-Luna JA. *Guía de la tuberculosis para médicos especialistas*. París: Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades respiratorias (uIcTER); 2003.
3. Bossio J, Arias S, Veronesi I, López R, Colombini R. *Notificación de casos de tuberculosis en la República Argentina: Período 1980-2010*. Santa Fe: Departamento Programas de Salud, INER "Emilio Coni", ANLIS "Carlos G. Malbrán"; 2014.
4. Menon K, Bem C, Goulesbrough D, Strachan DR. A clinical review of 128 cases of head and neck tuberculosis presenting over a 10-year period in Bradford, UK. *J Laryngol Otol*. 2007;121:362-8.
5. Tse GM, Ma TK, Chan AB, Ho FN, King AD, Fung KS, et al. Tuberculosis of the nasopharynx: a rare entity revisited. *Laryngoscope*. 2003;113:737-40.
6. Rohwedder JJ. Upper respiratory tract tuberculosis. Sixteen cases in a general hospital. *Ann Intern Med*. 1974;80:708-13.
7. Aktan B, Selimoglu E, Ucuncu H, Sutbeyaz Y. Primary nasopharyngeal tuberculosis in a patient with the complaint of snoring. *J Laryngol Otol*. 2002;116:301-3.
8. Srirompotong S, Yimtae K, Jintakanon D. Nasopharyngeal tuberculosis: manifestations between 1991 and 2000. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2004;131:762-4.
9. Vergara-de la Rosa E, et al. ¿Es la vía aérea nasal el principal medio de transmisión para la tuberculosis faríngea? *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2016.
10. Marín Garrido C, Gómez Díaz C, Martínez-Berganza R, Carmen Sampériz L, Hernández Montero E, Llorente Arenas EM, et al. Otitis Media Tuberculosa. *O.R.L. ARA-GON'2000*; 3 (2) 20-22.