

Tuberculosis Nasofaríngea Primaria: reporte de caso

Primary Nasopharyngeal Tuberculosis: case report

Tuberculose Nasofaríngea Primaria: relato de caso

Dr. Rachid Bouchentouf ⁽¹⁾

Resumen

La forma primaria de la tuberculosis nasofaríngea es extremadamente rara, pocos son los casos reportados en la literatura. Su diagnóstico es a menudo difícil porque los síntomas, características endoscópicas y radiológicas no son específicos. El diagnóstico definitivo se basa en los hallazgos histológicos y microbiológicos del tejido tomado por biopsia. El pronóstico es excelente, la lesión de la nasofaringe se resuelve en forma completa si se trata correctamente.

Se reporta un caso de tuberculosis nasofaríngea primaria simulando un carcinoma, en un varón de 45 años.

Palabras clave: Tuberculosis, primaria, nasofaringe.

Abstract

Primary nasopharyngeal tuberculosis is infrequent; there are only a few cases reported in the literature. Its diagnosis is often difficult because its symptoms, endoscopic and radiologic features are not specific. The definitive diagnosis is based on the histological and microbiological findings from biopsy. The prognosis is excellent, nasopharyngeal lesion resolves completely if proper treatment is performed.

It is reported a case of primary nasopharyngeal tuberculosis that seemed to be a carcinoma, in a 45-year-old man.

Keywords: Tuberculosis, primary, nasopharynx.

Resumo

A tuberculose nasofaríngea primária é extremamente rara. O diagnóstico de TB nasofaríngea é difícil uma vez que os sintomas, características endoscópicas e radiológicas são inespecíficos.

O diagnóstico definitivo baseia-se nos achados histológicos e microbiológicos do tecido tomado por biópsia. O prognóstico é excelente, a lesão nasofaríngea será completamente resolvida se for tratada corretamente.

Reportamos um caso de tuberculose nasofaríngea primária simulando um carcinoma em um homem de 45 anos.

Palavras chave: Tuberculose, primária, nasofaringe

Introducción

La tuberculosis (TBC) es una de las enfermedades infecciosas con mayor prevalencia a nivel mundial. Es un gran problema dentro de la salud pública, cerca de 10,4 millones de personas desarrollaron TBC en 2019 y 1,2 millones murieron por esta enfermedad.⁽¹⁾

En Marruecos, donde la TBC es endémica, las localizaciones extrapulmonares más frecuentes son la ganglionar y la pleural. Aunque la vía respiratoria alta suele ser la puerta de entrada del *Mycobacterium tuberculosis*, la localización nasofaríngea es excepcional.

Representa menos del 0,1% de todos los casos de TBC ⁽²⁾. Puede ser primaria o secundaria a una lesión pulmonar. A menudo simula ser una lesión

⁽¹⁾ Departamento de Neumonología, Hospital Militar Avicena, Marrakech. Marruecos.

Mail de contacto: bouchentouf_rachid@yahoo.fr

Fecha de envío: 18 de Agosto de 2020- Fecha de aceptación: 15 de Octubre de 2020.

tumoral.

Reporte de caso

Un paciente de sexo masculino, de 45 años de edad, fumador, consultó por rinorrea unilateral mucopurulenta de 3 meses de evolución que no mejoró con tratamiento antibiótico y antiinflamatorio.

En el examen físico no había adenopatías cervicales palpables. Tampoco se observaron síntomas generales como fiebre y pérdida de peso.

En los análisis de sangre se observaba: proteína C reactiva 25mg/l, hemoglobina 11g/dl, leucocitos 6790 por mm³, neutrófilos 65%, plaquetas 287000 por mm³. Las funciones hepática y renal eran normales. En el examen endoscópico se objetivó una tumefacción con contornos irregulares y mucosa inflamatoria en la pared posterolateral del cavum. En la tomografía computada de macizo craneofacial (TCMCF) se evidenció un engrosamiento de la pared posterior del cavum que respetaba la grasa para faríngea y no destruía estructuras óseas. (Figura 1)

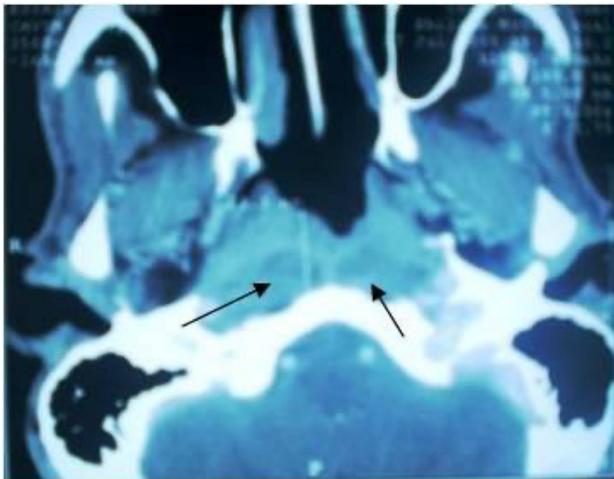


Figura 1: Tomografía computada de macizo craneofacial, corte axial: se observa un engrosamiento de la pared posterior del cavum

Se realizó biopsia del cavum, en la que se detectaron numerosas formaciones granulomatosas con necrosis central. (Figura 2) La radiografía de tórax fue normal, la prueba intradérmica a la tuberculina fue de 15 mm, y la serología para VIH, negativa.

Se instauró un tratamiento para TBC con isoniacida 300 mg/día, rifampicina 600 mg/día, pirazinamida 1500 mg /día y etambutol 1200 mg/día los dos primeros meses, seguido de isoniacida y rifampicina hasta completar seis meses.

La evolución clínica fue favorable. El examen nasofaringoscópico y la TCMCF después de 6 meses de tratamiento revelaron una nasofaringe normal con resolución completa de la lesión.

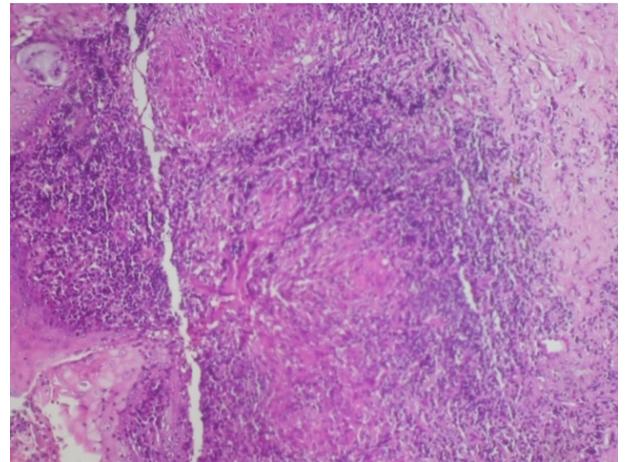


Figura 2: Estudio histopatológico: se observan granulomas epitelioides necrotizantes

Discusión

La TBC supone un problema de salud pública para muchos países, ya sean ricos o pobres.

En la esfera otorrinolaringológica, la TBC ganglionar cervical sigue siendo la más frecuente; sin embargo, otras localizaciones también pueden verse afectadas, como por ejemplo el cavum.

Con respecto a esta última, desde su descripción por Graff en 1936, se han reportado menos de cien de casos.⁽³⁾ La TBC nasofaríngea generalmente se debe a la diseminación del bacilo desde un foco primario pulmonar, ya sea a través de la expectoración, inhalación, por vía hematogena o por vía linfática.⁽⁴⁾

La TBC del cavum se manifiesta con mayor frecuencia con una adenopatía cervical unilateral, obstrucción nasal, epistaxis, rinorrea purulenta, cefalea y odinofagia.⁽⁵⁾

En este caso el síntoma principal fue la rinorrea purulenta. No se encontraron adenopatías cervicales palpables ni se observaron síntomas generales, como fiebre y pérdida de peso.

La TC y la resonancia magnética nuclear (RMN) pueden ayudar en el diagnóstico y control de la evolución del tratamiento de la TBC nasofaríngea. Aunque los hallazgos radiológicos no son específicos, puede observarse una masa polipoide o un engrosamiento difuso de la pared nasofaríngea que rara vez se extiende a los músculos prevertebrales o la base del cráneo.

En el examen endoscópico de la nasofaringe se observó una tumefacción o masa polipoidea ulcerada con inflamación difusa de la mucosa. Estos aspectos macroscópicos pueden verse también en el caso de una neoplasia maligna.

Generalmente la TBC nasofaríngea es secundaria a una localización pulmonar ⁽²⁾; sin embargo, en el caso presentado fue primaria. El problema de esta forma radica en la dificultad para llegar al diagnóstico definitivo, ya que tanto los síntomas, los signos clínicos y los estudios por imágenes suelen ser inespecíficos.

Los diagnósticos diferenciales a considerar en estos casos son procesos malignos, infección fúngica, actinomicosis, sífilis, y enfermedad de Wegener. ⁽⁶⁾

El diagnóstico definitivo de TBC requiere del aislamiento del bacilo tuberculoso desde los tejidos. Por desgracia la detección del bacilo ácido-alcohol-resistente (BAAR) en el estudio directo es difícil. La presencia de los típicos granulomas necrotizantes tiene una elevada especificidad y podrían justificar la decisión de iniciar tratamiento antituberculoso.

En los últimos años se ha detectado ADN de *M. Tuberculosis* mediante PCR en estas lesiones. La sensibilidad de la PCR es entre 80%-85% y su especificidad es del 85%. ⁽⁷⁾

El tratamiento de la TBC nasofaríngea no difiere de aquel de las formas pulmonares. El pronóstico es favorable.

Conclusión

La nasofaringe es una localización infrecuente de la TBC. Su diagnóstico es difícil porque los síntomas son inespecíficos y pueden simular un cáncer de cavum.

Debe considerarse la posibilidad de TBC ante una masa nasofaríngea, principalmente en aquellos pacientes provenientes de una región endémica para esta patología.

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Bibliografía

1. World Health Organization. Global tuberculosis control. WHO Report 2019.
2. Prasad BKD, Kejriwal GS, Sahu SN. Case report: Nasopharyngeal tuberculosis. *Indian J Radiol Imaging* 2008;1(18):63-64.
3. Graff S. Die Bedeutung des epipharynx for die menalchie pathologie. *Klin Wochenschr* 1936; 15:953-7.
4. Martínez A, Lede A, Fernández JA. Primary rhinopharyngeal tuberculosis: an unusual location. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2011;62(5):401-3.
5. Sithinamsuwan P, Sakulsaengprapha A, Chinvarum Y. Nasopharyngeal tuberculosis: a case report presenting with diplopia. *J Med Ass Thai Chotmaiht thangphaet* 2005; 88:1442-1446.
6. Spini RG, Bordino L, Cohen D, Martins A, Ramírez Z, Gonzales NE. Tuberculosis faríngea: caso clínico. *Arch Argent Pediatr* 2015;113(4):230-233.
7. Tan MF, Chan SH, Tan WC. Comparative usefulness of PCR in the detection of *Mycobacterium tuberculosis* in different clinical specimens. *Molecular Diagnosis* 1997; 46:164-169.