

## TUBERCULOSIS LARÍNGEA. A PROPÓSITO DE UN CASO

REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA

ISSN 2618-4311

Buenos Aires

Alvarado JD, Ledesma M, Alles J y col. Tuberculosis laríngea. A propósito de un caso. *Rev Arg Med* 2020;8(3):283-286

Recibido: 1 de junio de 2020.  
Aceptado: 25 de junio de 2020.

<sup>1</sup> Médico residente del Hospital General de Agudos "Bernardino Rivadavia", CABA.

<sup>2</sup> Médica/o de planta del Hospital General de Agudos "Bernardino Rivadavia".

<sup>3</sup> Jefe del servicio de Otorrinolaringología del Hospital General de Agudos "Bernardino Rivadavia".

### LARYNGEAL TUBERCULOSIS. A CASE REPORT

José David Alvarado,<sup>1</sup> Marta Ledesma,<sup>2</sup> Juan Alles,<sup>2</sup> Ricardo A. Aldo Yanco<sup>3</sup>

#### RESUMEN

La tuberculosis laríngea es una forma poco frecuente de esta enfermedad. Representa menos del 2% de las tuberculosis extrapulmonares y puede presentarse tanto de forma primaria como secundaria a una lesión pulmonar. Predomina en el género masculino, en una relación de 2:1, y es más frecuente entre la quinta y la sexta década de la vida. Presentamos el caso de un paciente de 54 años que experimentó tos productiva intermitente, con secreciones verdosas y de aparición en general matutina y que en los cuatro meses anteriores a la consulta tuvo odinofagia y disfagia alta progresiva a sólidos y blandos, así como disfonía y pérdida de peso. Se presenta este caso porque, pese a que la tuberculosis laríngea es una enfermedad poco prevalente, es importante tenerla en cuenta en nuestros diagnósticos diferenciales, principalmente porque se trata de una enfermedad con buena evolución si se la diagnostica y trata de manera oportuna.

**PALABRAS CLAVE.** Tuberculosis laríngea, medicamento antituberculoso, disfagia.

#### ABSTRACT

*Laryngeal tuberculosis is a rare presentation of this disease. It accounts for less than 2% of extrapulmonary tuberculosis, presenting both primarily and secondarily to a lung lesion. It predominates in the male gender, in a 2:1 ratio, being more frequent between the fifth and sixth decade of life. We present the case of a 54-year-old male patient, who had intermittent productive cough, with greenish secretions, generally in the morning, and who over the four months prior to the medical consultation, developed odynophagia, progressive dysphagia to solid and soft meals, as well as dysphonia and weight loss. This case is presented since despite being a rare disease, it should be considered in our differential diagnoses, mainly because it is a disease with good evolution provided it is timely diagnosed and treated.*

**KEY WORDS.** Laryngeal tuberculosis, tuberculosis drug, dysphagia.

Los autores manifiestan no poseer conflictos de intereses.

#### AUTOR PARA CORRESPONDENCIA

José David Alvarado. José Andrés Pacheco de Melo 2955, 3.º "B" (C1425), CABA. Teléfono: (011) 15-6838-5333. Correo electrónico: jose.alvarado02@hotmail.com.

## Introducción

Desde que Robert Koch descubrió en 1882 que la *Mycobacterium tuberculosis* causa la tuberculosis, esta ha sido un gran desafío para la salud pública mundial (1).

La tuberculosis es una infección crónica bacteriana que se caracteriza por formar un granuloma en el tejido afectado y es más frecuente en los países en vías de desarrollo (2). Esta enfermedad puede tener dos presentaciones: pulmonar o extrapulmonar (3). La localización extrapulmonar exclusiva se observó en el 12,3% de los casos nuevos y recaídas y en el 8,2% de los casos pulmonares (localización mixta), según datos recabados en Argentina (4).

Predomina en los hombres, con una proporción de 2:1. La tuberculosis laríngea se produce por diseminación broncógena con contaminación directa de la mucosa de la laringe a partir de una infección de tuberculosis pulmonar, y sólo en aquellos pacientes en los que esta afección ha pasado inadvertida y sin tratamiento (2). Los pacientes presentan síntomas como disfonía, odinofagia y disnea. En estados avanzados puede haber un compromiso respiratorio. Fiebre, sudoración nocturna y pérdida de peso son también frecuentes (3).

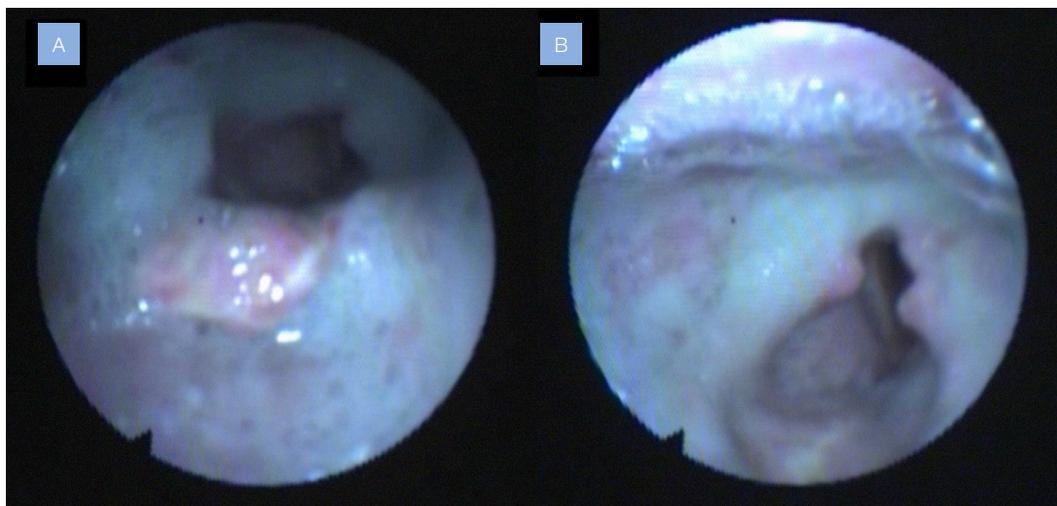
En la laringoscopia se aprecian lesiones exofíticas o ulcerosas con aspecto carcinoide y, en algunos casos, con potencial apariencia de malignidad (5) que no alteran la movilidad cordal; incluso, pueden aparecer edemas y eritemas difusos o, por el contrario, lesiones solitarias o multinodulares. El diagnóstico se hace mediante una muestra de esputos positivos, radiología de tórax y biopsias positivas con bacilos resistentes al alcohol ácido y

presencia de tubérculos con células multinucleadas con necrosis central o sin ella (6).

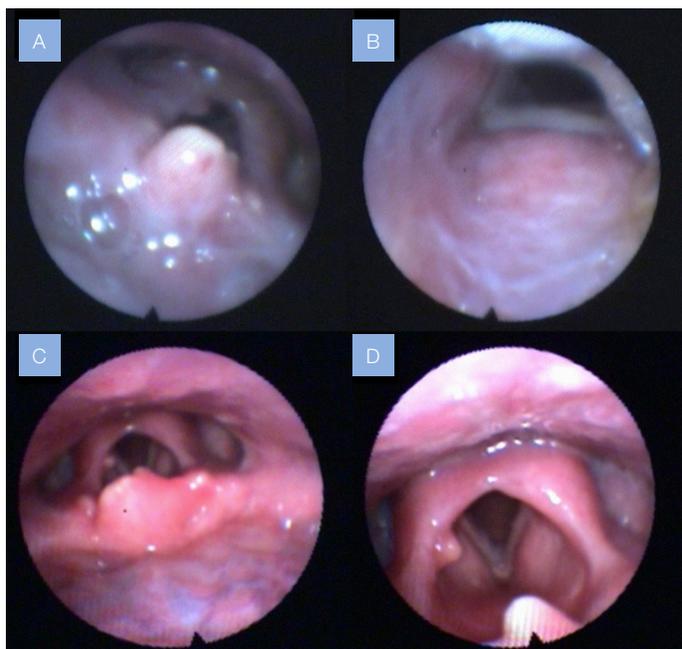
El tratamiento médico estándar consiste en un curso de tres meses de rifampicina, isoniacida, pirazinamida y etambutol seguido de un curso de nueve o más meses de isoniacida y rifampicina; se recurre a la cirugía en contadas ocasiones, sobre todo por obstrucción de la vía aérea (7).

## Caso clínico

Presentamos el caso de un paciente de 54 años que fue derivado de consultorios externos de clínica médica debido a un cuadro clínico de aproximadamente cuatro meses de evolución, caracterizado por odinofagia y disfagia alta a sólidos y blandos, progresiva, acompañadas de disnea esporádica de máximos esfuerzos y disfonía de aparición insidiosa; todo esto en un cuadro de tos productiva intermitente un año antes de evidenciarse los síntomas otorrinolaringológicos, más acentuada en la mañana, con esputo espeso verde y pérdida de peso de aproximadamente 20 kg en el último año. Entre los antecedentes, el paciente niega patologías concomitantes, así como uso de alcohol, tabaco o drogas. En su examen físico inicial sólo llamaba la atención el síndrome de impregnación que el paciente manifestaba. Se realizó una nasofibrolaringoscopia que evidenció una gran cantidad de secreciones mucosas en el área vallecular y senos piriformes que rodeaban la corona laríngea con una amputación parcial de hemiepiglottis izquierda. La glotis y la subglotis estaban libres, con morfología y función conservadas (Fig. 1).



**Figura 1.** Nasofibrolaringoscopia diagnóstica. **A.** Secreciones mucosas en el área vallecular, senos piriformes que rodean la corona laríngea con una amputación parcial de la hemiepiglottis izquierda. **B.** Glotis y subglotis libres, con morfología y función conservadas.



**Figura 2.** Nasofibrolaringoscopia de control. **A-B.** A los tres meses de iniciar el tratamiento: deformación de la epiglotis y lagos salivales en la corona laríngea. **C-D.** Al año de iniciar el tratamiento: amputación de la hemiepiglotis izquierda y quiste de retención en el repliegue aritenopiglótico derecho.

Por la alta sospecha, se interconsultó a los servicios de infectología y clínica médica, con quienes se llegó al diagnóstico de tuberculosis –luego de realizar los respectivos estudios de imágenes y baciloscopia– y se inició el tratamiento habitual: isoniácida, 75 mg; rifampicina, 150 mg; pirazinamida, 400 mg, y etambutol, 275 mg, diarios durante tres meses y, posteriormente, isoniácida, 75 mg y rifampicina, 150 mg diarios por nueve meses más, sin efectos adversos.

Realizamos un control con nasofibrolaringoscopia a los tres meses de iniciar el tratamiento que evidenció la deformación de la epiglotis, a expensas de la amputación de la hemiepiglotis izquierda, y lagos salivales en toda la corona laríngea. El resto de la morfología estaba conservado, así como su función (Fig. 2.A-B). Clínicamente, el paciente manifestaba una leve disfagia a sólidos, pero mostraba una mejoría notable de su cuadro clínico ge-

neral y un incremento en el peso. La tos, la disnea, la disfonía y la odinofagia habían cedido por completo. Realizamos otro control con nasofibrolaringoscopia al año de iniciar el tratamiento, en el que observamos la deformación de la epiglotis, a expensas de la amputación de la hemiepiglotis izquierda, y un quiste de retención en el repliegue aritenopiglótico derecho. El resto de la morfología estaba conservado, así como su función (Fig. 2.C-D). Clínicamente, el paciente se presentaba asintomático y con total recuperación clínica y había sido dado de alta por infectología y clínica médica.

## Discusión

La laringitis tuberculosa es la enfermedad granulomatosa más frecuente de la laringe. Se produce por diseminación broncogénica a través del esputo infectado, que causa contaminación directa de la mucosa laríngea. La epidemiología de las formas pulmonares y extrapulmonares ha cambiado desde el uso del tratamiento antituberculoso y a partir de modificaciones en los patrones migratorios y la pandemia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) (6).

La tuberculosis es considerada en la actualidad una de las enfermedades infecciosas de mayor repercusión en todo el mundo. 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 (4).

Al ser una enfermedad de baja prevalencia, debemos tener siempre en cuenta otras opciones en nuestro diagnóstico diferencial, principalmente con enfermedades granulomatosas (sarcoidosis, granulomatosis de Wegener), enfermedades específicas (lepra, leishmaniosis, paracoccidioidomicosis) y enfermedades tumorales.

La tuberculosis laríngea es una enfermedad poco frecuente y ha sido reportada en raras ocasiones, y es menos común en pacientes inmunológicamente competentes, lo que podría dificultar un diagnóstico temprano que nos permitiera instaurar un adecuado tratamiento para mejorar el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes con esta enfermedad (2). [RAM](#)

## Referencias bibliográficas

1. Qian X, Albers AE, Nguyen DTM, et al. Head and neck tuberculosis: literature review and meta-analysis. *Tuberculosis (Edinb)* 2019;116S:S78-88
2. Reyes Meza LC, Matamoros Portillo N, Reyes Meza D y col. Tuberculosis laríngea sin afectación pulmonar en un paciente joven inmunocompetente. *Arch Med* 2016;12(1):1-3
3. Agarwal R, Gupta L, Singh M, et al. Primary laryngeal tuberculosis: a series of 15 cases. *Head Neck Pathol* 2019;13(3):339-43
4. Luna Corzo G, Santini C, Trinchinetti C y col. Tuberculosis en otorrinolaringología. Reporte de 3 casos. *Rev Fed Argent Soc Otorrinolaringol* 2018;25(2):60-4
5. Yan K, Taxy JB, Paintal A, et al. Atypical laryngeal infections: localized lesions from unusual organisms may simulate malignancy. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2020;129(1):82-6
6. Morales Puebla JM, Chacón Martínez J, Padilla Parrado M. Laringitis crónicas. En: Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-Facial, editor. *Libro virtual de formación en otorrinolaringología*. Madrid: SEORL-PCF; 2014
7. Babin E, Lemarchand V, Como F y col. Laringitis crónicas del adulto. *EMC Otorrinolaringología* 2006;35(2):1-10
8. Benwill JL, Sarria JC. Laryngeal tuberculosis in the United States of America: a forgotten disease. *Scand J Infect Dis* 2014;46(4):241-9
9. Trinidad J, Riera A. Laringitis agudas y crónicas del adulto. En: Suárez Nieto C, Gil-Carcedo García LM, Marco J y col., editores. *Tratado de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*. Tomo III. 2.ª ed. Buenos Aires-Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2008, p. 2613