

TUBERCULOSIS LARÍNGEA: ESTUDIO DE 11 CASOS

M. MONTEJO^a, M. ALONSO^a, K. AGUIRBENGOA^a, G. MORENO^a, J. GOICOETXEA^a,
E. PETREÑAS^b, S. BAÑUELOS^b, A. VERGEZ^b

^aUNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y ^bSERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA. HOSPITAL DE CRUCES. BILBAO.

RESUMEN

Describimos 11 enfermos con tuberculosis laríngea observados en nuestro hospital desde enero de 1990 a julio de 2000. Ocho eran varones de edad superior a los 30 años y diez fumadores importantes. El diagnóstico se realizó en una media de 43 días desde que comenzaron con las manifestaciones clínicas. Todos referían disfonía

y/o disfagia y en 8 se diagnosticó tuberculosis pulmonar asociada. En 7 enfermos se aisló *Mycobacterium tuberculosis* en esputo. En los 8 casos que se realizó biopsia laríngea, se demostró la presencia de granulomas. Con tratamiento médico antituberculoso, la evolución fue satisfactoria en todos los casos, no habiéndose observado en ninguno clínica residual.

PALABRAS CLAVE: Tuberculosis. Laringe.

ABSTRACT

LARYNGEAL TUBERCULOSIS: REVIEW OF ELEVEN CASES

We report 11 patients with laryngeal tuberculosis seen in our hospital, January 1990 to July 2000. Eight were men and all cases presented with dysphonia and/or dysphagia. In 8 pulmonary tuberculosis was associated. *Mycobacterium tu-*

berculosis was isolated from the sputum in 7 patients. Granulomatous laryngitis was demonstrated in the eight patients with laryngeal biopsy. The evolution with medical treatment was favourable in all patients.

KEY WORDS: Tuberculosis. Laryngeal.

Correspondencia: Miguel Montejo. C/ Heros Nº5-2ºA. 48009 Bilbao

Fecha de recepción: 3-2-2000

INTRODUCCIÓN

En la era preantibiótica, el 35-40% de los pacientes con tuberculosis pulmonar presentaban tuberculosis laríngea (TL), siendo el principal mecanismo patogénico la inoculación directa de secreciones pulmonares con alta carga bacilar^{1,2}. En la actualidad, la mejora en las condiciones de vida y el fácil acceso a las medidas de prevención y tratamiento han reducido la tasa al 2%³, y a diferencia con décadas pasadas, en aproximadamente un tercio de los casos se produce por diseminación hematógena⁴. Las manifestaciones clínicas, principalmente disfonía y/o disfagia, suelen ser insidiosas y con mucha frecuencia los pacientes son remitidos al hospital para descartar neoplasia. La imagen laringoscópica depende de la localización y varía desde lesiones de tipo eritematoso, a la presencia de una ulceración o una masa sugestiva de cáncer. El tratamiento no difiere del de la tuberculosis pulmonar y el pronóstico en la mayoría de los casos es favorable y sin lesiones residuales.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisamos retrospectivamente los casos de (TL) atendidos en nuestro hospital entre enero de 1990 y julio del 2000 por el Servicio de Otorrinolaringología y Médicos de la Unidad de Enfermedades Infecciosas. A todos los enfermos, además de la historia clínica y exploración física, se les realizó radiografía de tórax, tinción de Ziehl-Neelsen y cultivo en medio de Löwenstein de tres esputos de tres días consecutivos y laringoscopia indirecta. En 8 casos se practicó además laringoscopia directa con biopsia. Los criterios utilizados para el diagnóstico de TL fueron los exigidos por otros autores^{3,5} y consistieron: a) sintomatología clínica que incluyese disfonía y/o disfagia u odinofagia, b) laringoscopia indirecta y/o directa presentando imagen de lesión eritematosa, ulceración, edema o masa simulando una neoplasia, c) laringitis granulomatosa confirmada por biopsia y/o aislamiento de *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*) en esputo con respuesta satisfactoria al tratamiento antituberculoso. También consideramos criterio de inclusión la presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR) en biopsia de laringe.

RESULTADOS

Se diagnosticaron 11 enfermos, 8 hombres y 3 mujeres. Todos los varones eran mayores de 30 años y todos excepto una mujer eran fumadores importantes. El tiempo medio de duración de los síntomas antes del diagnóstico osciló entre 30 y 90 días (media 43 días). El motivo principal de consulta fue la presencia de disfonía y disfagia excepto en 2 y 3 casos respectivamente. Solamente 4 enfermos referían síntomas respiratorios.

Tabla 1: Características clínico-epidemiológicas de los 11 enfermos con tuberculosis laríngea

Edad (años)	20-68 (media 45)
Sexo (varón/mujer)	8/3
Antecedente de tuberculosis	0
Tabaquismo (>20 cigarrillos/día)	9
VIH	0
Manifestaciones clínicas	
Duración de los síntomas (meses)	1-3
Disfonía	9
Disfagia	8
Síntomas respiratorios	4
Localización de la lesión	
Supraglotis: epiglotis	10
Ventrículos y bandas	4
Glottis	2
Ambas	2
Tipo de lesión en glottis	
Unilateral	3
Parálisis de cuerda vocal	1
Histología (se realizó biopsia a 8)	
Granulomas	8
BAAR	7
Carcinoma	0
Afectación Pulmonar	8
Patrón intersticial	5
Patrón alveolar	2
Cavitación	1
Aislamiento <i>M. tuberculosis</i> en esputo	7
PPD positivo (realizado en 6 casos)	6

La exploración endoscópica mostró afectación supraglótica en 10 casos y glótica en 2, objetivándose parálisis de cuerda vocal solamente en 1 caso. En los 8 casos que se realizó biopsia laríngea, en el estudio histopatológico se evidenciaron granulomas y en 7 se demostró la presencia de BAAR.

Ocho enfermos (todos con radiografía de tórax patológica), tenían tuberculosis pulmonar asociada y en 7 de ellos se aisló *M. tuberculosis* en esputo. La PPD fue positiva en los 6 pacientes que se realizó. En ningún caso hubo asociación de tuberculosis y carcinoma laríngeo.

Los 11 enfermos fueron tratados con isoniazida, rifampicina y pirazinamida o etambutol en régimen de 6 a

9 meses. La evolución fue buena en todos (el último caso se encuentra en el momento de redactar este trabajo en el tercer mes de tratamiento y está asintomática), sin haberse observado clínica residual en ninguno.

En la tabla se expresan las manifestaciones clínico-epidemiológicas de los enfermos.

DISCUSIÓN

Es bien conocido que en las dos últimas décadas estamos asistiendo a un resurgir de la tuberculosis afectando tanto a países desarrollados como en vías de desarrollo y que la epidemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), constituye un factor de primer orden en este fenómeno. También es importante recordar que las manifestaciones extrapulmonares de esta enfermedad pueden afectar hasta el 15-40% en algunas poblaciones o áreas de enfermos.

Aunque la TL es una enfermedad poco común, continúa siendo la localización más frecuente de la tuberculosis de vías aéreas superiores⁶. La edad de presentación que en décadas pasadas oscilaba entre los 20-30 años ha variado y no es raro en la actualidad asistir a enfermos con esta patología que se encuentran en la cuarta o quinta décadas de la vida. Más del 80% de los enfermos con tuberculosis laríngea son fumadores y en menor porcentaje también bebedores⁶⁻⁹. El principal mecanismo de producción de la TL es por propagación broncógena desde un foco pulmonar^{3, 9-12}, sin embargo en la mayoría de las series recogidas, se encuentran casos sin tuberculosis pulmonar asociada, lo que apoyaría como han sugerido algunos autores^{5, 13,14} la tesis de una reactivación de focos hematógenos o linfáticos en la laringe.

Los síntomas laríngeos con frecuencia son indistinguibles de los observados en laringitis no tuberculosas o en enfermos con cáncer de laringe. En general, las manifestaciones clínicas son lentas e insidiosas, siendo los

enfermos diagnosticados con semanas o varios meses de evolución, y no es infrecuente en los casos sin afectación pulmonar se piense en causa tumoral con el consiguiente retraso en el diagnóstico y tratamiento correcto. La disfonía asociada en muchos casos con disfagia u odinofagia es común, mientras que hemoptisis, disnea o síntomas constitucionales como la pérdida de peso son menos frecuentes. La existencia o no de adenopatías cervicales no es un hallazgo que sirva de ayuda para diferenciar los pacientes con TL y enfermedad neoplásica y su incidencia es variable^{3, 6}.

Los hallazgos endoscópicos dependen de la localización y varían desde lesiones de aspecto eritematoso, a la presencia de una ulceración, o una imagen única en forma de masa simulando un cáncer. La lesión generalmente es unilateral, con afectación sobre todo de las cuerdas vocales y con parálisis de éstas en muchos de los enfermos^{3, 5-9, 15,16}.

Algunos autores^{6, 9}, en los enfermos con tuberculosis pulmonar confirmada (en los que se ha realizado radiografía de tórax, estudio microbiológico de esputos para micobacterias y laringoscopia), aconsejan iniciar tratamiento tuberculostático, reservando la biopsia para los casos en que después de 3-4 semanas no presentan mejoría clínica y/o laringoscópica, en base a que la biopsia no está exenta de riesgo y por otra parte no se debe olvidar la asociación de TL y cáncer de laringe¹⁷.

La respuesta al tratamiento antituberculoso suele ser excelente en un plazo aproximado de dos meses en aquellos enfermos con lesiones ulceradas o granulomatosas y algo más prolongado en los casos con lesiones fibróticas¹⁸.

Con el cambio en estos últimos años del patrón clínico de esta enfermedad¹⁹, finalmente deseamos insistir en la sospecha de tuberculosis laríngea por parte de todos médicos que atendemos a enfermos con síntomas laríngeos y sobre todo en los casos que no se asocia con tuberculosis pulmonar para su diagnóstico precoz y tratamiento correcto.

REFERENCIAS

- 1.- Auerbach O. Laryngeal tuberculosis. Arch Otolaryngol 1946; 44: 191-201.
- 2.- Horowitz G, Kaslow R, Friedland G. Infectiousness of laryngeal-tuberculosis. Am Rev Respir Dis 1976; 114: 241-244.
- 3.- Podzamecz D, Pallarés R, Rufi G, Maños M, Ariza J, Fernández-Viladrich P, Gudiol F. Laringitis tuberculosa: características clínicas de 28 casos. Enferm Infecc Microbiol Clin 1987; 5: 284-288.
- 4.- Haas DW, Des Prez RM. *Mycobacterium tuberculosis*. En Mandell / Douglas /Bennett's eds. Principles and Practice of Infectious Diseases. New York: Churchill Livingstone, 1995; 2213-2243.
- 5.- Fortún J, Sierra C, Raboso E, Pérez C, Plaza G, Navas E, Gómez-Manpaso E, Guerrero A. Tuberculosis del área otorrinolaringológica: formas laríngeas y extralaríngeas. Enferm Infecc Microbiol Clin 1996; 14: 352-356.
- 6.- Rohwedder JJ. Upper respiratory tract tuberculosis. Sixteen cases in a general hospital. Ann Intern Med 1974; 80: 708-713.
- 7.- Hunter AM, Millar JW, Wightman JA, Horne NW. The changing pattern of laryngeal tuberculosis. J Laryngol Otol 1981; 95: 393-398.
- 8.- Bailey CM, Windle-Taylor PC. Tuberculosis laryngitis: a series of 37 patients. The Laryngoscope 1981; 91: 93-100.
- 9.- Levenson MJ, Ingerman M, Grimes C, Robbett WF. Laryngeal tuberculosis: review of twenty cases. Laryngoscope 1984; 94: 1094-1097.
- 10.- Soda A, Rubio H, Salazar M, Ganem J, Berlanga D, Sánchez A. Tuberculosis of the larynx: clinical aspects in 19 patients. Laryngoscope 1989; 99: 1147-1150.
- 11.- Thaller SR, Gross JR, Pilch BZ, Goodman ML. Laryngeal tuberculosis as manifested in the decades 1963-1983. Laryngoscope 1987; 97: 848-850.
- 12.- Galletti F, Giorgis GE, Gandolfi G, Astesiano A, Miravalle C, Ardizzi A et al. Examination of 41 cases of laryngeal tuberculosis observed between 1975-1985. Eur Respir J 1989; 2: 731-732.

- 13.- Guelar A, Botet C, Grau J, Vivancos J. Laringitis tuberculosa. *Rev Esp Microbiol Clin* 1989; abril: 255-256.
- 14.- Abdel-Hadi M, Rquette M, Bartual J. La tuberculosis en la clínica otorrino-laringológica actual. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1989; 40: 189-194.
- 15.- Naraqi S, Raiser MW, Mark R, Andersen BR. Tuberculosis of the larynx masquerading as carcinoma. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1976; 85: 547-548.
- 16.- Chobaut JC, Badet JM, Cantenot A, Lafon JC. Les formes "pseudumorales" de la tuberculose des voies aéro-digestives supérieures et de leur territoire lymphatique de drainage. *J Fr Otorhinolaryngol* 1982; 31: 157-168.
- 17.- Morse JO. Laryngeal tuberculosis or tumor. *Ann Intern Med* 1974; 81: 711-712
- 18.- Agarwal P, Bais AS. A clinical and videostroboscopic evaluation of laryngeal tuberculosis. *Journal of Laryngology and Otology* 1998; 112: 45-48.
- 19.- Kandiloros, DC, Nikolopoulos TP, Ferekidis EA, Tsangaroulakis A, Yiotakis JE, Davilis D, Adamopoulos GK. Laryngeal tuberculosis at the end of the 20th century. *Journal of Laryngology and Otology* 1997; 111: 619-621.