

Un caso excepcional de disnea y disfagia

A la atención del Sr. Director:

En España la Tuberculosis continúa siendo un problema de salud pública, siendo la principal medida para controlarla la detección precoz de los enfermos y el seguimiento de los mismos hasta conseguir su curación, ya que de esta forma puede evitarse su transmisión a personas sanas. La tuberculosis en la esfera otorrinolaringológica (ORL) puede afectar faringe, laringe, ganglios cervicales, oído medio, senos paranasales, tráquea y glándulas salivales, estando por lo general en relación con una afectación pulmonar grave¹.

La tuberculosis laríngea (TL) es en la actualidad una enfermedad muy poco frecuente en los países desarrollados². El síntoma principal de la laringitis tuberculosa es la disfonía³. En cuanto al diagnóstico diferencial, es importante establecerlo principalmente con el carcinoma de laringe y laringitis crónica^{4,5,6}.

Presentamos el caso de una mujer de 43 años sin antecedentes patológicos de interés que acude al Servicio de urgencias por presentar disfagia y odinofagia de varias semanas de evolución y refiere también atragantamientos frecuentes. Se realiza fibrolaringoscopia en la que se observa edema y morfología irregular en epiglotis y cuerdas vocales de morfología y movilidad normal con buen espacio glótico. El diagnóstico inicial es epiglotitis aguda, y la paciente es dada de alta con antibioterapia (amoxicilina-clavulánico 875/125mg cada 8 horas), AINE's y corticoides, programando cita de revisión en consultas de Otorrinolaringología.

En la exploración física se palparon adenopatías cervicales izquierdas, elásticas menores de 1 cm; se solicitó un TAC cervicofacial proponiéndose realizar biopsia de epiglotis posteriormente. En el estudio preoperatorio se realizó radiografía de tórax que muestra micronódulos granulomatosos con calcificaciones crónicas y pequeños nódulos en el lóbulo superior derecho.

El TAC cervicofacial con contraste muestra un engrosamiento uniforme de epiglotis (Foto1 y 2), que sugiere proceso inflamatorio. Se realiza finalmente biopsia, mostrando el estudio anatomopatológico inflamación crónica granulomatosa no necrotizante, compatible con tuberculosis.

Ante este hallazgo se envía muestra al laboratorio de Microbiología donde la baciloscopia fue negativa pero, sin embargo, el cultivo en los medios habituales resulta positivo a los 9 días identificándose como *Mycobacterium tuberculosis*, con sensibilidad completa para todo los antituberculostáticos testados.

La paciente es ingresada para iniciar tratamiento, enviándose muestras de esputo al laboratorio de Microbiología con resultando la baciloscopias positivas.

El tratamiento fue bien tolerado por la paciente, con buena evolución posterior clínico-radiológica tanto durante el ingreso como en el seguimiento al alta por parte de la Unidad de Enfermedades Infecciosas

Discusión

Las mejoras de las condiciones de vida y la introducción del tratamiento farmacológico han conseguido que, actualmente, la TL sea poco frecuente, presentándose en menos de un 1% de todos los casos de tuberculosis^{7,8}.

Si bien supone una rareza, la localización epiglótica se ha convertido en la actualidad en una de las más frecuentes dentro de las afectaciones del área ORL, siendo la forma clínica con mayor capacidad infectante por su localización en las vías aéreas superiores⁹ y porque suele aparecer en tuberculosis pulmonares muy evolucionadas. Se considera que el principal mecanismo de producción de la TL es

Fig. 1. Engrosamiento uniforme de epiglotis.



por extensión desde un foco pulmonar a través del contacto con el esputo cargado de bacilos² como ocurrió en el caso que presentamos.

Conclusiones

Es fundamental realizar un correcto diagnóstico diferencial en pacientes con disfagia y odinofagia, con o sin síntomas pulmonares, siendo recomendable la valoración simultánea con radiografía de tórax y el estudio microbiológico en aquellos casos en los que los tratamientos más habituales hayan fracasado.

Bibliografía

1. Gandhi S, Kulkarni S, Mishra P, Thekedar P. Tuberculosis of Larynx Revisited: a Report on Clinical Characteristics in 10 Cases Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 2012;64(3):244-47
2. Rodríguez R., Rodríguez A., Vidal JL, Noguero A. Disfonía y tuberculosis laríngea: presentación de dos casos y revisión de la bibliografía. Aten Primaria. 2002;30(8):108-10
3. Yencha MW, Linfesty R, Blackmon A. Laryngeal tuberculosis. Am J Otolaryngol. 2000;21:122-26
4. Nalini B, Vinayak S. Tuberculosis in ear, nose, and throat practice: its presentation and diagnosis. Am J Otolaryngol. 2006;27(1):39-45
5. Lim JY, Kim KM, Choi EC, Kim YH, Kim HS, Choi HS. Current clinical propensity of laryngeal tuberculosis: review of 60 cases. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2006;263(9):838-42
6. Kitahara K, Yano Y, Mori M, Yokota S. Laryngeal Tuberculosis: A Diagnosis that Should Be Remembered. Intern Med. 2012;51:2841-42
7. Chen H, Thornley P. Laryngeal tuberculosis: A case of a non-healing laryngeal lesion. Australas Med J. 2012;5(3):175-77
8. Hasibi M, Yazdani N, Asadollahi., Sharafi M, Dehghan SA. Clinical features of laryngeal tuberculosis in Iran. Acta Medica Iranica. 2013;51(9):638-41
9. Godoy P, Torres J, Ojal J, Gort AM, Bach P, Falguera M. Estudio de contactos según círculos concéntricos en un caso de tuberculosis laríngea. Gac Sanit. 2013; 27(3):279-81

Javier Moreno², María Alejandra Vasquez Martínez¹,
María Luisa Monforte sirac¹, Piedad Arazo Garcés²

¹ Servicio de microbiología Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

² Unidad enfermedades infecciosas Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza