

**HOSPITAL UNIVERSITARIO  
“ARNALDO MILIÁN CASTRO  
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

## **INFORME DE CASO**

### **TUBERCULOSIS LARÍNGEA. PRESENTACIÓN DE UN PACIENTE.**

Por:

Dr. Luis Toledo Sosa<sup>1</sup>, Dra. Raiza Rodríguez Antelo<sup>2</sup> y Dr. Adrián Gómez Alemán<sup>3</sup>.

1. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Hospital Universitario Clínico-Quirúrgico “Arnaldo Milián Castro”. Asistente. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Neumología. Hospital Universitario Clínico-Quirúrgico “Arnaldo Milián Castro”.
3. Especialista de I Grado en MGI y Neumología. Hospital Universitario Clínico-Quirúrgico “Arnaldo Milián Castro”.

***Descriptor DeCS:***

TUBERCULOSIS LARINGEA

***Subject headings:***

TUBERCULOSIS, LARYNGEAL

La tuberculosis es una enfermedad infecto-contagiosa a causa de la cual han fallecido millones de personas a lo largo de los siglos, puede afectar casi todos los órganos o estructuras del cuerpo, y originar signos y síntomas específicos de la afección.

La forma pulmonar es la más frecuente, pero la extrapulmonar se presenta en el curso de la práctica clínica<sup>1</sup>; las localizaciones más observadas son: los ganglios linfáticos, la pleura, el aparato genitourinario, los huesos, las articulaciones y el peritoneo, pero como forma rara o menos frecuente se halla la tuberculosis laríngea<sup>2</sup>; esta se ha diagnosticado en pacientes que padecen ronquera y dolor de garganta<sup>3</sup>, los cuales por lo general, visitan al Otorrinolaringólogo porque sospechan la presencia de un tumor laríngeo<sup>4</sup>; también se asocia con síntomas respiratorios, como tos y expectoración, y otros, como astenia. Es muy frecuente la existencia de una tuberculosis pulmonar avanzada asociada a la tuberculosis laríngea<sup>5</sup>, y esta última es considerada altamente infecciosa.

Presentación del paciente:

Se trata de un paciente de 69 años de edad, que acude a la consulta de Otorrinolaringología porque comienza a padecer ronquera, dolor orofaríngeo y dificultad para la deglución. Es fumador y bebedor habitual, con síntoma de tos de más de cinco años de evolución, que fue interpretado como bronquitis crónica. Al realizarle el examen físico, se halló un alto grado de desnutrición; el paciente refiere decaimiento y ha perdido 10 libras de peso corporal; no presenta adenopatías periféricas. En la región orofaríngea se observó un tumor de 3 cm en el espacio epiglótico, de superficie irregular. Cuando se realizó la auscultación del aparato respiratorio, no se evidenció tiraje, disnea, ni estertores. En el aparato cardiovascular precisamos ruidos cardíacos bien golpeados, taquicardia de 107 latidos por minuto y no se auscultó soplo. Al realizar el examen físico se encontró abdomen plano, con tendencia a ser excavado, suave, depresible, no doloroso, y no se halló hepatomegalia. En el resto de la exploración no hubo hallazgos.

En los exámenes complementarios encontramos:

Hb: 10,1 g/dl

VCM: 85 mm/h

Glicemia: 4,2 mol/l

Creatinina: 94 mmol/l

TGP: 12 U

US abdominal: sin alteración

Rayos X de tórax: lesiones retículo nodulillares diseminadas en ambos campos pulmonares, más acentuadas en hemitórax derecho (Fig 1).

Espuito BAAR I y II: codificación 0

Biopsia de lesión orofaríngea: (Fig 2)



Fig 1 Rayos X de tórax.

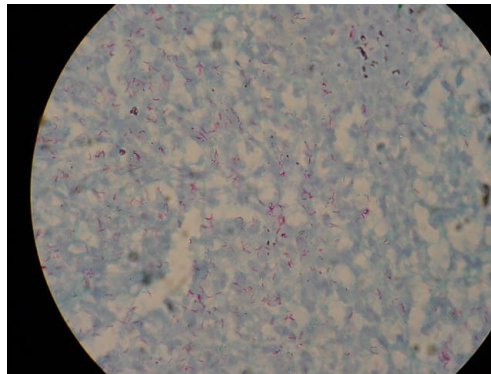


Fig 2 Lámina de biopsia de lesión orofaríngea.

En el informe anatomopatológico (111-2004) de la biopsia realizada a la mucosa epiglótica se describe: mucosa que presenta un severo proceso inflamatorio, con extensa necrosis caseosa y células gigantes tipo Langhans; la técnica para bacilos ácido-alcohol resistente fue positiva. Después de analizados todos los exámenes se llegó a la conclusión diagnóstica de: tuberculosis laríngea.

## Comentario

Esta enfermedad, de aparición infrecuente, no se había diagnosticado en nuestra provincia en los últimos 15 años; su tratamiento consiste en el uso de drogas antituberculosas: isoniacida, rifampicina y pirazinamida, separadas en dos fases y asociadas a 20 mg de prednisona; generalmente tiene una evolución favorable; como en el caso de nuestro paciente, quien después de cumplir el tratamiento completo, fue dado de alta con remisión total de la enfermedad<sup>6</sup>.

## **Referencias bibliográficas**

1. Yang Z, Kong Y, Wilson F, Foxman B, Fowler AH, Marrs CF, et al. Department of epidemiology, school of public health, University of Michigan. Clin Infect Dis. 2004 Jan;38(2):199-205.
2. Margery I, Grassin F, Lecontes D, Dot IM, Guigay J, Vaylet F, et al. Laryngeal disorder revealing unrecognized pulmonary tuberculosis. Rev Pneumol Clin. 2004 Feb;60(1):39-42.
3. Torrero Salto O, Nogues Orpi JJ, González Compa X, Cisa Lluís E, Domerech Juan I, Dicenta Sousa M. Current aspects of laryngeal tuberculosis. An Otorhinolaryngol Ibero Am. 2004;31(2):159-65.
4. Kasztelan A, Lots J, Polberg K, Smialek M. Rare case of laryngeal tuberculosis. Otolaryngol Pol. 2002;56(6):733-5.
5. Ksosouski M, Conexa C, Clement P, Roguet E, Verdalle P, Porcet JL. Current aspects of laryngeal tuberculosis-- a report of four cases. An Otolaryngol Chir Cervicofac. 2002 Nov;119(5):281-6.
6. Munck K, Mandpe AH. Mycobacterial infections of the head and neck. Otolaryngol Clin North Am. 2003 Aug;36(4):569-76.