

HOSPITAL UNIVERSITARIO  
"ARNALDO MILIÁN CASTRO"  
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

TUBERCULOSIS MILIAR CON MANIFESTACIONES FARINGOLARÍNGEAS

Por:

MSc. Dr. Ariel Cabrera Pérez<sup>1</sup>, Dr. José Ignacio Rey Mujica<sup>2</sup> y Dra. Daclin Rodríguez Durán<sup>3</sup>

1. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Otorrinolaringología. Máster en Infectología Médica. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara. Asistente. UCM-VC. e-mail: [arielcp@hamc.vcl.sld.cu](mailto:arielcp@hamc.vcl.sld.cu)
2. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Otorrinolaringología. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara.
3. Especialista de I Grado en Otorrinolaringología. Delegación Provincial. Ministerio del Interior. Santa Clara, Villa Clara.

**Descriptor DeCS:**

TUBERCULOSIS MILIAR  
VIGILANCIA SANITARIA  
ENFERMEDADES DE LA LARINGE

**Subject headings:**

TUBERCULOSIS, MILIARY  
HEALTH SURVEILLANCE  
LARYNGEAL DISEASES

A nivel mundial, la tuberculosis (TB) es responsable de alrededor de 1,7 millones de muertes anuales; constituye una endemia en Latinoamérica, pese a los esfuerzos por instaurar medidas de control epidemiológico. Durante los últimos 20 años, la TB ha presentado una lenta declinación en su incidencia. Sin embargo, el incremento de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) la posiciona actualmente como una enfermedad reemergente, y determina también la aparición de gérmenes resistentes. Chile, junto a Cuba y Costa Rica, son los países latinoamericanos de menor incidencia, con tasas inferiores a 20 x 100 000, lo que ubica al país en la fase inicial de eliminación de la tuberculosis como problema de salud pública<sup>1</sup>.

La TB en su forma miliar es infrecuente, representa actualmente un pequeño porcentaje del total de casos, y es aún más rara en pacientes inmunocompetentes. Sin embargo, la TB miliar aumenta en los grupos de pacientes que tienen afectada su capacidad de respuesta inmunológica: infectados con el VIH, diabetes mellitus, alcoholismo, cirrosis hepática, tratamiento inmunosupresor, insuficiencia renal crónica y neoplasias malignas<sup>2</sup>.

Presentación del paciente

Paciente de 42 años, sexo masculino, recluso, con antecedentes mórbidos relevantes de tuberculosis pulmonar desde hace aproximadamente 19 años.

Ingresa en el Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro" con un cuadro de tres meses de evolución, caracterizado por disfagia y tos, con el antecedente de presentar afectación de su estado general y odinofagia dos meses previos a su ingreso. Durante el estudio ambulatorio, iniciado al aparecer los primeros síntomas, se observó, mediante orofaringoscopia, una lesión blanco cremosa ulcerada de dos centímetros de diámetro localizada en la fosa amigdalina izquierda (Fig. 1), la cual se extendía hasta hipofaringe y glotis, por lo que se decide realizar una

biopsia incisional de laringe (No.1117/2011) en la que se informó un proceso inflamatorio crónico, granulomatoso exuberante, con abundantes células gigantes de Langhans e hiperplasia pseudoepiteliomatosa. Los exámenes complementarios realizados durante el estudio ambulatorio reflejaron: radiografía de tórax con patrón miliar (Fig. 2), hemograma con leucocitos: 9,1 por  $\text{mm}^3$ , granulocitos: 59 %, linfocitos: 31,0 %, hematócrito: 37,1 %, plaquetas: 230 por  $\text{mm}^3$ .

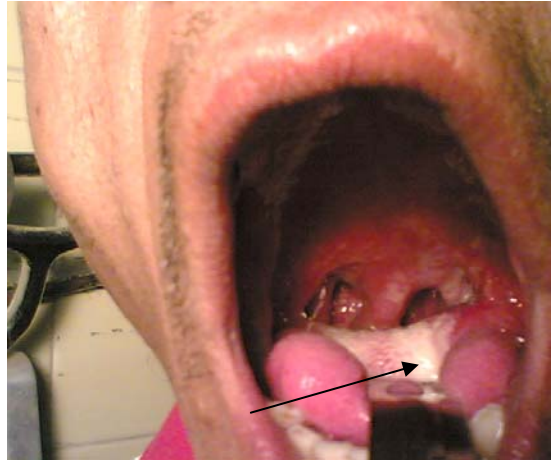


Fig. 1 Lesión ulcerada en la amígdala izquierda.



Fig. 2 Patrón miliar.

Se interconsulta el paciente en la Comisión de Tuberculosis Provincial y se concluye como TB miliar, por lo que se impone realizar tratamiento específico, el cual culmina con la resolución total de los signos y síntomas.

#### Comentario

A pesar del descenso en su incidencia en los últimos años, en nuestro medio la TB sigue siendo un motivo frecuente de fiebre de origen desconocido y de ingreso hospitalario; sin embargo, es rara la presentación miliar de la enfermedad.

A principios del siglo XX, la tuberculosis era la afección laríngea más frecuente (del 25 al 30 % de dichos pacientes estaban afectados); actualmente es de un 1-7 %, y el mayor porcentaje se encuentra en los países pobres. No obstante, sigue siendo la infección crónica granulomatosa más común de la laringe.

Es inusual en la especialidad de Otorrinaringología, y de renovado interés debido al incremento de nuevos casos paralelos al auge de la enfermedad tuberculosa<sup>3</sup>.

La TB miliar se debe a una amplia diseminación hematógena pulmonar y extrapulmonar, y puede observarse tanto en la TB primaria como en la secundaria, como consecuencia de la perforación de un foco tuberculoso a un vaso. Típicamente se presenta en la primera infancia, ancianos y pacientes inmunodeprimidos; aunque más raramente también puede afectar a pacientes sin factores de riesgo de cualquier edad. El patrón es muy característico, aunque no específico de la TB, y consiste en multitud de pequeños nódulos de entre 1 y 3 mm de diámetro, de bordes bien definidos, que de forma uniforme y homogénea ocupan todos los campos pulmonares; excepcionalmente, según el vaso afectado, puede verse en un solo pulmón o en una zona más restringida, siempre con una distribución uniforme<sup>4</sup>.

El principal mecanismo patogénico es la inoculación directa de secreciones pulmonares con alta carga bacilar a partir del esputo contaminado, que al pasar a través de la comisura posterior (zona más amplia) puede representar el factor predisponente al daño en los aritenoides, espacio interaritenoides, los pliegues ventriculares, las cuerdas vocales y, en menor grado, la superficie laríngea de la epiglotis, por ser estas zonas las del impacto del esputo al toser; el examen hístico se caracteriza por la formación o el desarrollo de granulomas<sup>5</sup>.

El diagnóstico usualmente es demorado, por las dudas que ofrece el examen físico; la bibliografía consultada señala que en algunas formas de tuberculosis laríngea existen problemas con el diagnóstico definitivo, por su semejanza clínica con otras enfermedades, como el cáncer de laringe, donde se ha planteado que puede coexistir hasta en un 3,6 %, y la biopsia es la que aporta el diagnóstico nosológico. En las lesiones verrugosas, el diagnóstico y tratamiento tienen un alto nivel de sospecha médica sobre la causa, que puede ser desde laringitis inespecífica hasta neoplasia, enfermedad granulomatosa, o ambas<sup>6</sup>.

### ***Referencias bibliográficas***

1. González LM, Lezana SV, Donoso AP, Banda VR, Moreno BT. Tuberculosis laríngea diagnosticada en una escolar. Rev Chil Enf Respir. 2006;22:196-200.
2. Zambrano FA, Salazar PC, Fontecilla CH, Miranda ME. Tuberculosis miliar en paciente inmunocompetente como causa rara de fiebre nosocomial. Rev Chil Enf Respir. 2004;20:175-80.
3. García JA, Lamin LM, Liesa RF. Tuberculosis laríngea: Presentación de un caso y revisión de la literatura. O.R.L. ARAGON. 2005;8(1):7-9.
4. Domínguez Del Valle FJ, Fernández B, Pérez De las Casas M, Marín B, Bermejo C. Clínica y radiología de la tuberculosis torácica. Anales Sis San Navarra. 2007;30(Supl 2):33-48.
5. Alcalá Villalón AT, Valdés Quintana M, Pérez PR, López Soto VM. Tuberculosis en faringe y laringe: presentación de un caso. Rev Haban Cienc Méd. 2010 Oct - Nov;9(4).
6. Silva L, Damrose E, Bairao F, Nira ML, Junior JC, Costa HO. Infectious granulomatosis laryngitis a retrospective study of 24 cases. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2008 Jun;265(6):675-80.

Recibido: 11 de marzo de 2011

Aprobado: 13 de julio de 2011