

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

**INFORME DE CASO**

**TUBERCULOSIS LARÍNGEA**

Por:

Dr. Amado Luis Figueroa Álvarez<sup>1</sup>, Dr. Osmany Enrique Gámez Díaz<sup>2</sup> y Dra. Mayté Treto Fernández<sup>3</sup>

1. Especialista de II Grado en Otorrinolaringología. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro. Santa Clara, Villa Clara. Profesor Auxiliar. ISCM-VC. e-mail: [amadofig@yahoo.es](mailto:amadofig@yahoo.es)
2. Especialista de I Grado en Otorrinolaringología. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro. Santa Clara, Villa Clara. Instructor. ISCM-VC. e-mail: [osmaorl2007@yahoo.es](mailto:osmaorl2007@yahoo.es)
3. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente de tercer año de Otorrinolaringología. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro. Santa Clara, Villa Clara Instructora. ISCM-VC. e-mail: [mayteorl@yahoo.com.mx](mailto:mayteorl@yahoo.com.mx)

**Descriptorios DeCS:**

TUBERCULOSIS LARÍNGEA /diagnóstico

**Subject headings:**

TUBERCULOSIS, LARYNGEAL/diagnosis

La tuberculosis (TB) se ha encontrado durante la historiografía completa de la humanidad; las pruebas más antiguas de su existencia se remontan a las lesiones compatibles con el mal de Pott, presentes en el esqueleto encontrado por Barthel en 1907, que data de 5 000 años a.n.e. Los griegos denominaron "tisis" a esta enfermedad, y resaltaron la característica de emaciación encontrada en los casos crónicos. Las descripciones patológicas y anatómicas iniciales se hicieron en el siglo XVII, cuando Silvius informó las lesiones cavitadas y abscedadas relacionadas con la enfermedad; de manera similar, Manget y Marten expusieron, respectivamente, la presencia del compromiso miliar pulmonar y la primera conjetura acerca del posible origen infeccioso de la TB. Finalmente, la causa infecciosa de la tuberculosis fue descrita con el descubrimiento del bacilo tuberculoso por Robert Koch en 1882<sup>1</sup>.

La tuberculosis continúa siendo uno de los principales problemas de salud pública a escala mundial, y una de las enfermedades infecciosas más importantes en el momento actual. Se estima que la mortalidad anual por esta enfermedad se sitúa en torno a los 2,5-3,5 millones de personas, cifras superiores incluso a las del SIDA. La tuberculosis laríngea (TL) es en la actualidad una enfermedad muy poco frecuente en los países desarrollados. Gran parte de los casos de TL son una complicación de la enfermedad pulmonar, por el contacto de la superficie con el esputo cargado de bacilos tuberculosos. El síntoma principal de la laringitis tuberculosa es la disfonía, en muchas ocasiones dolorosa. En cuanto al diagnóstico diferencial, es importante establecerlo principalmente con el carcinoma de laringe<sup>2,3</sup>. La respuesta al tratamiento antituberculoso habitual es excelente<sup>4</sup>.

**Presentación del paciente**

Paciente masculino de 67 años de edad, raza blanca, fumador inveterado, bebedor habitual, con antecedentes de salud hasta hace tres meses, cuando comenzó a presentar catarros frecuentes, con tos y expectoración verdosa. Se diagnosticó una neumopatía inflamatoria y se indicó tratamiento con cefazolín por vía intramuscular, con lo que desaparecieron los síntomas respiratorios. Transcurrido un mes, comenzó a sentir odinofagia, pérdida de peso, secreción nasal blanquecina y disfonía dolorosa, la cual aumentó en intensidad, fue valorado por su

médico de familia y se remitió al especialista en Otorrinolaringología, quien encontró como dato positivo, al realizar la laringoscopia indirecta, una lesión blanquecina en la cuerda vocal izquierda que impresionó ser una leucoplasia, por lo que el 13 de marzo de 2007 se decidió realizar laringoscopia directa para tomar muestra para biopsia, con el siguiente resultado histológico: laringitis crónica granulomatosa tuberculoide con técnica de bacilo positiva (No. 1793/2007) (Figura). Fue llevado a la Comisión provincial de tuberculosis que radica en el mismo hospital y se discutió el caso; se indicó rayos X de tórax en vista anteroposterior, y no se observaron lesiones pleuropulmonares; se le indicaron esputos BAAR seriados, cuyos resultados fueron negativos. Se concluyó el caso como una tuberculosis laríngea, por lo que se realizó el control de foco y tratamiento médico con drogas antituberculosas, según se establece en el programa nacional de control de la tuberculosis. Se evolucionó al paciente a los tres meses del tratamiento, y se encontró asintomático; al realizar la laringoscopia indirecta, no se halló evidencia de lesión laríngea.

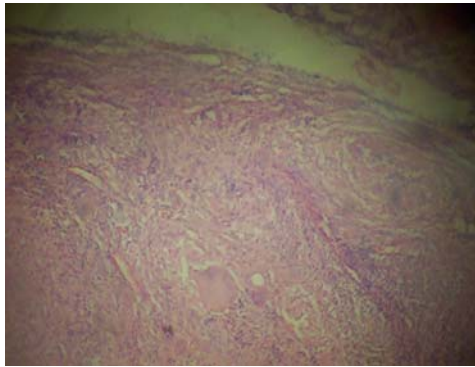


Figura Reacción granulomatosa con necrosis caseosa y células multinucleadas de Langhans.

#### Comentario

A principios del siglo pasado, del 25 al 40 % de los pacientes con tuberculosis pulmonar presentaban TL. Las mejoras en las condiciones de vida y la introducción del tratamiento farmacológico han conseguido que actualmente la TL sea poco frecuente, pues se presenta entre un 0,5 y un 2 % de todos los casos de tuberculosis<sup>4</sup>, aunque sigue siendo una de las enfermedades granulomatosas más habituales de la laringe<sup>5</sup>; incluso, en algunos trabajos, se describe como la causa más frecuente de granulomas en esta localización. La laringitis tuberculosa es la forma clínica con mayor capacidad infectante, fundamentalmente por su localización en las vías aéreas superiores. Se considera que el principal mecanismo de producción de la TL es, por extensión, desde un foco pulmonar mediante el contacto con el esputo cargado de bacilos<sup>6</sup>. La diseminación hematógena o linfática como causa de la enfermedad laríngea es muy poco frecuente, aunque en todas las series se puede comprobar la existencia de enfermos con TL que no presentan afectación pulmonar<sup>6</sup>.

En cuanto a los síntomas de presentación, pueden ser especialmente disfonía u odinofagia, aunque, sin lugar a dudas, el más común es el de la disfonía, que los clásicos definían como «húmeda»<sup>7</sup>. Sobre la necesidad de realizar o no biopsia laríngea para lograr el diagnóstico diferencial, algunos autores recomiendan su realización, ya que el aspecto macroscópico puede ser similar al de cáncer de laringe, proceso con el que puede coincidir. Existen numerosos métodos en el mundo para determinar la presencia del bacilo tuberculoso en el organismo, en dependencia de su localización<sup>8</sup>. En cuanto al tratamiento, la pauta antituberculosa habitual ofrece resultados excelentes. Consideramos importante insistir en la relevancia de incluir la tuberculosis laríngea en el diagnóstico diferencial de la disfonía, más aún si esta se acompaña de síntomas respiratorios, constitucionales o ambos.

## **Referencias bibliográficas**

1. Nishiike S, Irifune M, Doi K, Sawada T, Kubo T. Laryngeal tuberculosis: a report of 15 cases. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2002;111(10):916-8.
2. Pino R, Marcos G, González P, Trinidad R, Pardo R, Pimentel L, et al. Tuberculosis laríngea simulando carcinoma. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *An Otorrinolaringol Ibero Am*. 2005;32(1):47-53.
3. Coscaron B, Santa C, Serradilla L. Epiglotis tuberculosa, una forma atípica de tuberculosis laríngea. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *An Otorrinolaringol Ibero Am*. 2005;32(1):55-63.
4. Morales P, Padilla P, Díaz S, Chacón M, Galán M, Lasso L, et al. Tuberculosis laríngea. Casos incidentes entre 1994-2004. *An Otorrinolaringol Ibero Am*. 2006;33(6):591-8.
5. Pina JM, Domínguez A, Alcaide J, Álvarez J, Camps N, Diez M, et al. Exceso de mortalidad por tuberculosis y factores asociados a la defunción en una cohorte anual de enfermos diagnosticados de tuberculosis. *Rev Clin Esp*. 2006 Dec;2006(11):560-5.
6. Montejo M, Alonso M, Aguirrebengoa K, Moreno G. Tuberculosis laríngea: estudio de 11 casos. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2001;52:53-6.
7. Sendino O, Fernández-Esparrach G, Pellise M, Gines A. Punción aspirativa guiada por ultrasonografía endoscópica en el diagnóstico de tuberculosis ganglionar. *Med Clin*. 2007 Feb 3;128(4):157-8.
8. Ochoa EG, Pérez LA. Eliminación de la tuberculosis como problema de salud pública. Una elección acertada. *Rev Esp Salud Pública*. 2007 Jan;81(1):59-62.

Recibido: 23 de junio de 2008

Aprobado: 22 de julio de 2008