

**HOSPITAL UNIVERSITARIO  
"Dr. ANTONIO LUACES IRAOLA"  
CIEGO DE ÁVILA**

**Tuberculosis Laríngea. Presentación de un caso**

**Laryngeal tuberculosis. Case report**

Luis Ernesto Pérez Paz (1), Francisco Álvarez Morales (1), Orlando García Fundora (2), Araís Hernández Flores (3).

**RESUMEN**

**Introducción:** la tuberculosis laríngea es una complicación relativamente infrecuente relacionada con el compromiso granulomatoso pulmonar. Fue una causa común de enfermedad tuberculosa en décadas anteriores, con una mortalidad aproximada del 70% antes de la aparición de la quimioterapia antituberculosa. La incidencia de tuberculosis laríngea se mantuvo en declive durante los últimos 30 años, hasta alcanzar el 20% dado el avance de los medios diagnósticos y tratamiento específico. Sin embargo, se ha observado un incremento relativo de esta forma de presentación, hasta el punto de que en la actualidad corresponde a la enfermedad granulomatosa más frecuente de la laringe. **Caso clínico:** se presenta el caso de un paciente de 48 años, blanco, masculino, fumador y recluso que fue diagnosticado por el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario "Dr. Antonio Luaces Iraola" de Ciego de Ávila por una tuberculosis laríngea. El paciente no presentó sintomatología que guiara al diagnóstico y fue en la laringe donde primero se localizó la lesión tuberculosa, diferente de lo que comentan algunos autores.

**Palabras clave:** TUBERCULOSIS LARÍNGEA, INFORME DE CASOS, ADULTO.

**ABSTRACT**

**Introduction:** laryngeal tuberculosis is a relatively rare complication associated with granulomatous lung involvement. It was a common cause of tuberculosis in past decades, with approximately 70% mortality before the onset of tuberculosis treatment. The incidence of laryngeal tuberculosis remained in decline for the past 30 years, reaching 20% due to the progress of the diagnostic and specific treatment. However, there has been a relative increase of this way of presentation, to the extent that currently corresponds to the most frequent granulomatous disease of the larynx. **Clinical case:** it is presented the case of a 48-year-old white male, smoker and inmate patient who was diagnosed with laryngeal tuberculosis by the Otolaryngology Service from "Dr. Antonio Luaces Iraola" University Hospital in Ciego de Ávila. The patient had no symptoms to guide the diagnosis and it was in the larynx where the first tuberculosis lesion was located, different from what some authors discussed.

**Key words:** LARYNGEAL TUBERCULOSIS, CASE REPORTS, ADULT.

1. Especialista de 2do Grado en Otorrinolaringología. Profesor Asistente. Hospital Universitario "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.
2. Especialista de 1er Grado en Otorrinolaringología. Profesor Instructor. Hospital Universitario "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.
3. Especialista de 1er Grado en Ginecobstetricia. Profesor Asistente. Hospital Universitario "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.

**INTRODUCCIÓN**

En la historiografía completa de la humanidad; las pruebas más arcanas 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 antes de Cristo. 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 (1).

Finalmente, la etiología infecciosa de la tuberculosis fue descrita con el descubrimiento del bacilo tuberculoso por Robert Koch en 1882 (1-2).

La era de la terapéutica anti-tuberculosis nació en 1943 cuando se descubrió la estreptomina. A partir de 1993, La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la tuberculosis como emergencia epidemiológica global, debido a que una tercera parte de la población mundial ha estado en contacto con la micobacteria, y una de cada 10 personas desarrollará la enfermedad en algún momento de su vida. En nuestro país la incidencia ha aumentado hasta el 26,5 por cada 100.000 habitantes (1).

La tuberculosis puede encontrarse en cualquiera de los órganos que comprende la especialidad de Otorrinolaringología, pero la localización laríngea es una de las de mayor trascendencia como complicación de una tuberculosis pulmonar, que altera la evolución de ésta. En la antigüedad, cuando la tuberculosis laríngea curaba, en el proceso de cicatrización dejaba graves secuelas en el órgano. Las mismas se encuentran descritas dentro de las laringitis específicas o granulomas laríngeos; ésta es una enfermedad poco frecuente caracterizada por tres síndromes: disfonizante, disfagizante y desneizante (2).

La tuberculosis laríngea es una complicación relativamente infrecuente relacionada con el compromiso granulomatoso pulmonar. Fue una causa común de enfermedad tuberculosa en décadas anteriores, con una mortalidad aproximada del 70% antes de la aparición de la quimioterapia antituberculosa.

La incidencia de Tuberculosis (TB) laríngea se mantuvo en declive durante los últimos 30 años, hasta alcanzar el 20% (2). Sin embargo, se ha observado un incremento relativo de esta forma de presentación, hasta el punto de que en la actualidad corresponde a la enfermedad granulomatosa más frecuente de la laringe, por lo que semeja con frecuencia la laringitis crónica o una neoplasia (3-5).

Las estructuras que afecta con mayor frecuencia son: la porción posterior de las cuerdas vocales, los espacios interaritenoides, los aritenoides, los repliegues aritenopilóticos, los ventrículos laríngeos y la epiglotis.

La tuberculosis laríngea predomina en los varones, con una relación hombre: mujer de 3:1. Aparece con mayor frecuencia entre la segunda y tercera o quinta y sexta décadas de la vida (2). La misma tiene como característica fundamental que siempre está asociada a la tuberculosis pulmonar (1-3).

El advenimiento de la moderna medicación antituberculosa dio un golpe a esta localización, que ya iba en merma en mérito del diagnóstico precoz. Se aprovecha el caso para realizar una revisión bibliográfica del tema.

### **PRESENTACIÓN DEL CASO**

Paciente de 48 años de edad, blanco, masculino, con antecedentes de ser fumador hace aproximadamente 30 años, recluso, que presenta disfonía marcada, progresiva sin períodos de remisión hace 2 meses, que se acompaña de disnea a los medianos esfuerzos y disfagia a los alimentos sólidos, además de sensación de cuerpo extraño en la faringe, tos seca sobre todo por las noches; anorexia y pérdida de peso de aproximadamente 20 libras en este periodo de tiempo.

En la laringoscopia presenta pérdida de la normal arquitectura de la laringe, se observa lesión exofística, blanquecina, disqueratósica, de superficie irregular que abarca todo el vestíbulo laríngeo, que compromete el paso del aire, sin afección de la movilidad laríngea.

En el examen del cuello presenta adenopatías yugolocarótidas superiores a ambos lados del cuello (Nivel 2), de consistencia renitente, no adheridas a planos superficiales ni profundos; de 2 centímetros aproximadamente.

Se le realiza laringoscopia directa y se toma muestra para biopsia. En el examen directo de la laringe con laringoscopio de Kleinsassen se comprueba la extensión de la lesión a todo el vestíbulo laríngeo, epiglotis, se observan ulceraciones pequeñas con presencia de tejido esfacelado, con una coloración rosado pálido, con secreciones amarillentas.

Además, se le realizó al paciente una Tomografía Axial computarizada (TAC): Figuras No.1 y No.2, en la cual se observa la lesión, que tomográficamente no conserva la arquitectura laríngea, que se encuentra infiltrada y edematosa de forma difusa; se observa un engrosamiento del tejido laríngeo que da una imagen de hocico de tenca, con presencia de deformidad de la laringe y compresión de la luz de la misma, más acentuada hacia la derecha; no se aprecian en las misma ulceraciones ni calcificaciones.

Figura No.1

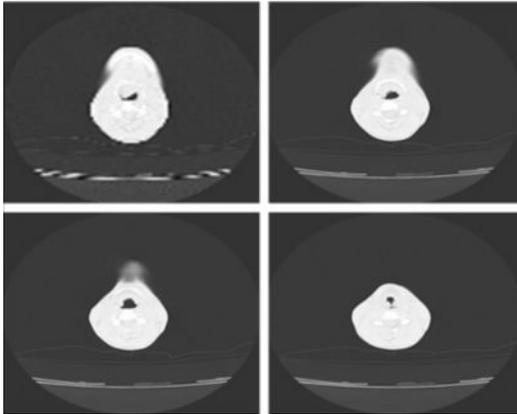
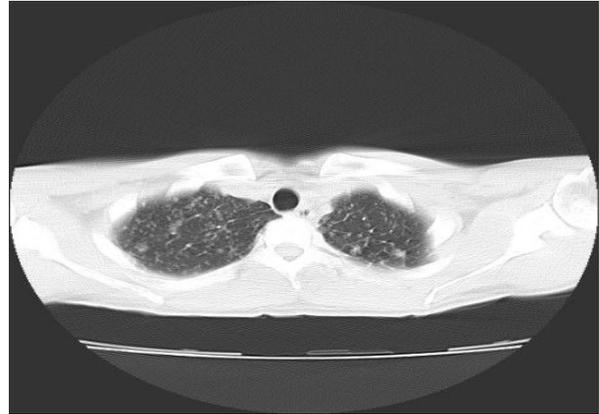


Figura No.2



Radiografía de torax AP (Figura No. 3)

Índice cardiotorácico normal.

Infiltrado retículo nodulillar en ambos campos pulmonares.

Tractus fibroso infra claviclar izquierdo, con imágenes cavitarias.

Engrosamiento hiliar izquierdo por adenopatías.

ID: Tuberculosis Miliar

Figura No.3



Se le realiza esputo BAAR: positivo al bacilo de Koch (codificación 9).

La biopsia laríngea arroja como diagnóstico una tuberculosis laríngea y se describen las láminas:

Lámina No.1: se observa un epitelio acantósico y por debajo del mismo se encuentran los granulomas constituidos por células epiteloideas y rodeadas por una corona de linfocitos.

Lámina No.1

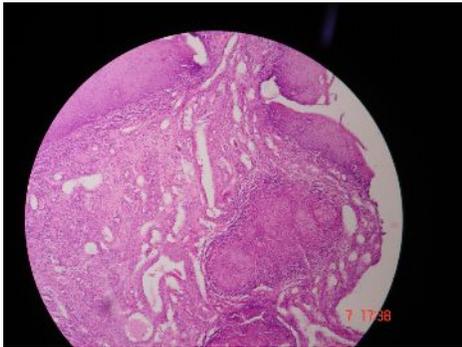
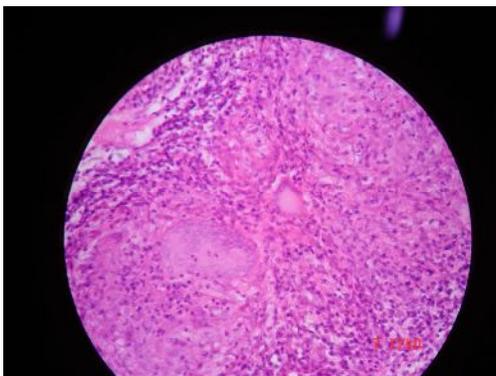


Lámina No.2: ésta es una vista a mayor aumento de uno de los granulomas de la imagen anterior, donde se visualizan las células gigantes de Langhans y de cuerpo extraño. El diagnóstico definitivo fue: laringitis tuberculosa. Tuberculosis Pulmonar Miliar.

Lámina No. 2



## DISCUSIÓN

La forma de presentación más común de la tuberculosis de cabeza y cuello es la de los ganglios linfáticos cervicales (90%) seguida por la afectación laríngea (2 a 6%). El compromiso nasal, nasosinusal, ótico, ocular, tiroideo, de garganta y de lengua es mucho menos frecuente (4).

Según la OMS, la tuberculosis es la segunda causa mundial de mortalidad, después del Sida, a nivel mundial, causada por un agente infeccioso. En 2013, 9 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,5 millones murieron por esta enfermedad (5).

En Cuba, la cifra de tuberculosis (TB) extrapulmonar es de 12%; se citan las tasas más altas en las provincias orientales. Esta cifra sitúa al país en un lugar privilegiado a nivel internacional. En un estudio retrospectivo de 5 años (6), presentado por García SE y col., realizado en el Hospital Neumológico Benéfico Jurídico, 14% de los casos tuvieron una TB extrapulmonar (pleura y ganglio); no se cita ningún caso de laringe (7).

En Cuba, en la literatura registrada en la base de datos Cumed se observa la presencia de seis artículos sobre tuberculosis laríngea, de ellos los más actualizados son: uno de 2010, y otro de tuberculosis amigdalina de 2013, lo que demuestra que es una enfermedad infrecuente; se cree que esto está dado por el cumplimiento del Programa Nacional de Tuberculosis en Cuba y los avances tecnológicos en el tratamiento.

La mayoría de los autores (4,8) concuerdan que las laringitis tuberculosas se asocian a la tuberculosis pulmonar.

En el caso que se presenta llama la atención que este paciente, a pesar de presentar una tuberculosis pulmonar activa, no presentó sintomatología que guiara al diagnóstico y fue remitido al Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario "Dr. Antonio Luaces Iraola"; fue en la laringe donde primero se localiza la lesión tuberculosa, diferente de lo que comentan algunos autores (2,4,7).

En la laringitis tuberculosa la arquitectura de la laringe se mantiene conservada, es la afección predominantemente bilateral. En el caso que nos ocupa no se conserva la arquitectura sino que deforma al órgano vocal. Otra característica de nuestro caso es que la entidad aparece en un hombre con antecedentes de ser recluso, fumador, malnutrido, lo cual concuerda con lo encontrado en la literatura (2-3,6-7).

El consumo de tabaco aumenta mucho el riesgo de enfermar de tuberculosis y morir como consecuencia de ésta. En el mundo, se calcula que más del 20% de los casos de tuberculosis son atribuibles al hábito de fumar (8).

## **CONCLUSIONES**

La tuberculosis ha tenido en los últimos años un incremento en cuanto a la incidencia de la misma a nivel mundial, y Cuba no queda fuera de la emergencia de esta patología. Su poca frecuencia en la actualidad en este órgano vocal (laringe), hace que no siempre se tenga presente como posible diagnóstico al examinar un paciente con disfonía. La presentación de este caso es para llamar la atención de los profesionales acerca del tema.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Hernández Gonzalo P. Otorrinolaringología práctica. 4ta ed. La Habana: Científico Técnica; 1968.
2. Lugones Botell M, Ramírez Bermúdez M, Pichs García LA, Miyar Pieiga E. Apuntes históricos sobre la epidemiología, la clínica y la terapéutica de la tuberculosis en el mundo. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. Ago 2007 [citado 10 Feb 2015];45(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032007000200007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032007000200007&lng=es)
3. Kandiloros DC, Nikolopoulos TP, Ferekidis EA, Tsangaroulakis A, Yiotakis JE, Davilis D, Adamopoulos GK. Laryngeal tuberculosis at the end of the 20th century. J Laryngol Otol. 1997;111(7):619-21.
4. Jurado LF, Palacios DM, Álvarez J, Baldión M, Campos G. Diagnóstico patológico y molecular de un caso de tuberculosis laríngea primaria en un médico. Biomédica [Internet]. Mar 2014 [citado 7 Feb 2015];34(1):15-20. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-41572014000100004&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572014000100004&lng=en)
5. Organización Mundial de la Salud. Datos y cifras. Tuberculosis [Internet]. Oct 2014 [citado 12 Nov 2014]. Nota descriptiva N°104.[aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>
6. Alcalá Villalón T, Valdés Quintana M, Portales Pérez R, López Soto MV. Tuberculosis en faringe y laringe: presentación de un caso. Rev Haban Cienc Méd [Internet]. Nov 2010 [citado 7 Feb 2015];9(4):545-52. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2010000400014&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2010000400014&lng=es)
7. García SE, Yero DM, Valdés DS, Hernández HM, Rives RR. Comportamiento de la Tuberculosis extrapulmonar en el Hospital Neumológico Benéfico Jurídico, durante el quinquenio 1999-2003. Rev Cubana Med Trop [Internet]. Dic 2006 [citado 9 Feb 2015];58(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0375-0760200600030003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-0760200600030003&lng=es)
8. Pérez RP, Prieto VAH, Peláez RP, Torres PR, Hernández DC. Tuberculosis pulmonar y lingual. Presentación de un caso. Rev Colomb Gastroenterol [Internet]. 2014 [citado 12 Ene 2015];29(2):183-87. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v29n2/v29n2a15.pdf>

**Recibido:** 25 de febrero de 2015

**Aprobado:** 10 de abril de 2015

Dr. Luis Ernesto Pérez Paz  
Hospital Universitario "Dr. Antonio Luaces Iraola"  
Calle Máximo Gómez No.257, entre 4ta y Onelio Hernández. Ciego de Ávila, Cuba. CP.65200  
Correo electrónico: luisernesto@ali.cav.sld.cu