TUBERCULOSIS LARÍNGEA. DIAGNÓSTICO INICIAL MEDIANTE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE DETECCIÓN MÚLTIPLE

P.J. Martínez Martínez[1], R. Solbes Vila[1], I. Jiménez Martínez[2].

[1]Servicio de Radiología. Hospital Mediterráneo. Almería. [2]Ministerio de Educación.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 54 años de edad, funcionario de prisiones, con 82 kg de peso y 175 cm de altura (Índice Masa Corporal 26,78), exfumador desde hace 1 año de 2 paquetes al día, con antecedentes de isquemia arterial crónica grado III en miembro inferior izquierdo y neuralgia del trigémino. Se encuentra en tratamiento con clopidogrel, AAS y omeprazol.

Acudió a urgencias presentando un cuadro de tos, inicialmente productiva y, posteriormente, seca de 2 meses de evolución acompañada de escasos episodios de hemoptisis y odinofagia, pero sin disfonía ni pérdida de peso. La exploración física era anodina. En la analítica de sangre se detectó niveles de PCR de 98,40 mg/L, no revelándose leucocitosis. Fue valorado por el otorrinolaringólogo, quien observó epiglotis engrosada con afectación de cuerdas vocales, a descartar neoformación epiglótica.

Se realizó tomografía computarizada de detección múltiple (TCMD) de cuello que demostró un engrosamiento uniforme de la epiglotis con afectación del repliegue aritenoepiglótico izquierdo de forma difusa (figura 1).

La RX de tórax reveló una lesión cavitada en ápex de hemitórax derecho e imágenes pseudocondensativas en ápex de hemitórax izquierdo (figura 2).

Ante este hallazgo se realizó TCMD de tórax, donde se visualizó una lesión cavitada con pared engrosada en el lóbulo superior derecho y que media aproximadamente 47,61 x 48,91 mm, observándose varias lesiones microcavitadas en ambos lóbulos superiores. También se observaron lesiones nodulillares y centrolobulillares con un patrón en "árbol en brote" que afectaba a ambos pulmones y prácticamente a todos los lóbulos (figura 3).

El diagnóstico diferencial es amplio: desde un proceso neoplásico hasta procesos inflamatorios e infecciosos. No obstante, el primer diagnóstico a tener en cuenta, con los hallazgos encontrados en TCMD de cuello, tórax y RX de tórax, sería una tuberculosis laríngea y pulmonar; aunque no se identificaran adenopatías patológicas (figura 3).

El mantoux fue negativo. La tinción de Ziehl-Neelsen detectó escasos bacilos ácidos alcohol resistentes, mientras que el cultivo Lowenstein 2 fue positivo para micobacterias. Se inició tratamiento tetraconjugado contra la tuberculosis. Pasados 8 días se produjo una clara mejoría clínica, tanto respiratoria como laríngea y a los 18 días se repitió la baciloscopia, no detectándose bacilos ácidos alcohol resistentes.

Recibido: 6 de marzo de 2017. Aceptado: 3 de julio de 2017.

Pedro Jesús Martínez Martínez
acuprosa@hotmail.es

La tuberculosis tiene una incidencia mundial de 9,6 millones de casos, con 1,5 millones de muertes anuales[1], siendo la primera causa de mortalidad mundial por enfermedades infecciosas[2]. En España, la incidencia es ligeramente inferior a la del resto de la Unión Europea, siendo de 10,80 casos por 100.000 habitantes en 2014[1]. Pero dentro del medio penitenciario es 200 veces superior, llegando a los 2.283 casos por 100.000 internos[3].

La tuberculosis laríngea es una infección producida por el mycobacterium tuberculosis que se suele dar secundaria a la tuberculosis pulmonar en un 80% de los casos, aunque también puede ser primaria[4]. Es la enfermedad laríngea granulomatosa más frecuente[5]. Aunque sólo representa del 1 al 2 % del total de casos de tuberculosis extrapulmonar, es la segunda causa de tuberculosis de cuello y cabeza, únicamente superada por la tuberculosis linfática[6].

Dicha enfermedad afecta a 2 hombres por cada mujer y la edad media de detección suele ser los 44, aunque en los últimos años se ha detectado un aumento importante de casos en el rango de edad entre los 55 y 65 años[1].

Los síntomas más frecuentes son tos, disfonía y odinofagia y, en menor medida, la pérdida de peso. En pacientes fumadores el número de lesiones laríngeas fue mayor que en los no fumadores[8].

La tuberculosis laríngea es frecuentemente tardía o mal diagnosticada debido a que la sintomatología es paulatina e insidiosa[2]. Esto conlleva un problema de salud pública muy importante[9]. En los casos de tuberculosis laríngea primaria es muy importante realizar un diagnóstico diferencial adecuado con neoplasias laríngeas, así como en los casos de tuberculosis pulmonar acompañado de neoplasia laríngea[5].

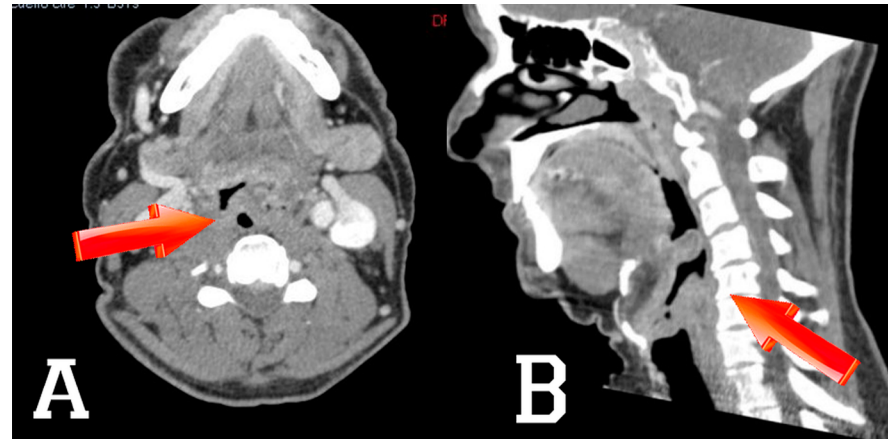

Figura 1. TCMD de cuello con contraste: engrosamiento uniforme de la epiglotis con afectación del repliegue aritenoepiglótico izquierdo de forma difusa. La flecha roja señala el engrosamiento de la epiglotis con afectación del repliegue aritenoepiglótico izquierdo.

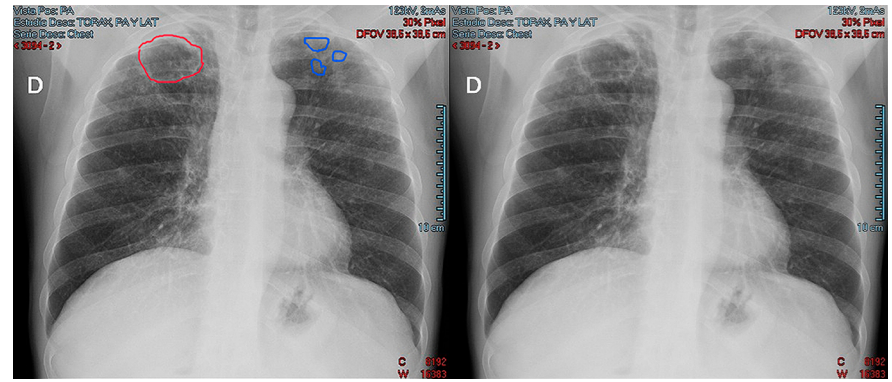

Figura 2. RX de tórax: lesión cavitada en ápex de hemitórax derecho e imágenes pseudocondensativas en ápex de hemitórax izquierdo. La línea roja delimita la lesión cavitada, mientras que las líneas azules delimitan las imágenes pseudocondensativas.

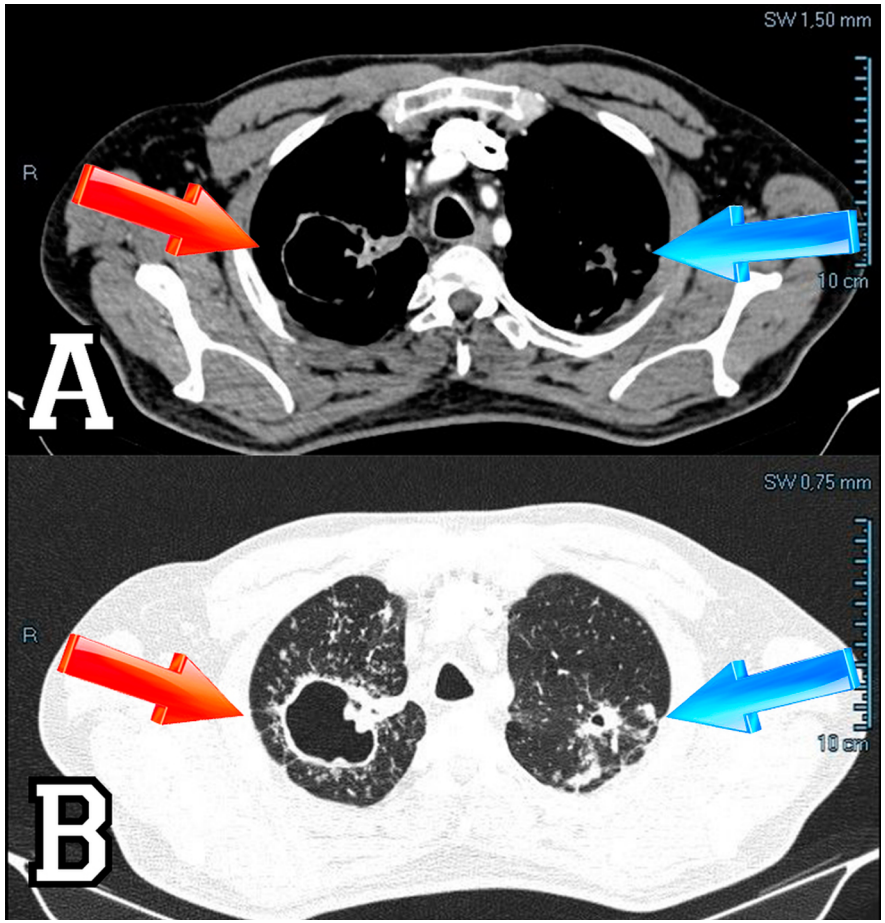

Figura 3. TCMD de tórax con contraste en ventana de mediastino y pulmón: lesión cavitada con pared engrosada en el lóbulo superior derecho que mide aproximadamente 47,61x48,91 mm observándose varias lesiones microcavitadas en ambos lóbulos superiores. Además lesiones nodulillares y centrolobulillares con un patrón en "árbol en brote". La flecha roja señala la lesión cavitada. La flecha azul señala las lesiones nodulillares y centrolobulillares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez E, Villarrubia S, Amillategui R et al. Situación de la tuberculosis en España en el año 2014. Datos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Boletín epidemiológico semanal 2016; 23 (7): 105-14.
2. González N, Charlone G, Sanguinetti A. Tuberculosis laríngea y pulmonar: presentación de un caso. Acta Gastroenterológica Latinoamericana 2011; 41 (1): 351-3.
3. Martín-Sánchez V. Programa de prevención y control de la tuberculosis. Centro Penitenciario de León. Revista Española de Sanidad Penitenciaria 2013; 1 (4): 174-7.
4. Chiesa Estomba CM, Betances Reinoso FA, Rivera Schmitz T et al. Head and neck tuberculosis: 6-year retrospectivestudy. Acta OtorrinolaringolEsp 2016 Jan-Feb; 67 (1): 9-14.
5. Cardona Z, Felipe A, Combariza JF et al. Tuberculosis Laríngea: Neoplasia apararente. Rev. colomb. Cancerol 2002; 6 (4): 31-41.
6. Benwill JL, Sarria JC. Laryngeal tuberculosis in the United States of America: a forgotten disease. Scand J InfectDis 2014 Apr; 46 (4): 241-9.
7. Zang J, Liu Q, Jiang XJ. Theclinical and pathological features of laryngeal tuberculosis. Zhonghua Jie He HeHu Xi ZaZhi 2016 Aug; 39 (8): 612-5.
8. Reis JG, Reis CS, da Costa DC et al. Factors Associated with Clinical and Topographical Features of Laryngeal Tuberculosis. PLoSOne 2016 Apr 14; 11(4): e0153450.
9. Lodha JV, Sharma A, Virmani N et al. Secondary laryngeal tuberculosis revisited. Lung India 2015 Sep-Oct; 32 (5): 462-4.