

Tuberculosis pulmonar, esofágica y laríngea

Pulmonary, esophageal and laryngeal tuberculosis

DIANA CAROLINA SALINAS, DIANA CAROLINA MORENO, RODOLFO JOSÉ DENNIS
• BOGOTÁ, D.C. (COLOMBIA)

Resumen

La tuberculosis es una de las enfermedades que más ha impactado en la sociedad a nivel mundial siendo influenciada por la pandemia del VIH, los patrones migratorios y el uso de la medicación anti-tuberculosa. La forma extrapulmonar es rara siendo más característica en los pacientes inmunocomprometidos, cuyas manifestaciones clínicas son inespecíficas, por lo que constituye un reto diagnóstico para los clínicos, en la mayoría de los casos retardando su detección y tratamiento.

Se presenta el caso clínico de un paciente aparentemente inmunocompetente que consulta por cuadro de seis años de evolución de disfagia progresiva, pérdida de peso inexplicada, en quien se encontró compromiso por tuberculosis a nivel esofágico y laríngeo que explicaban los síntomas de ingreso, así como compromiso pulmonar sin clara sintomatología. Cuadro llamativo y de relevancia por su forma de presentación de alto riesgo de diseminación de la infección en un paciente sin inmunocompromiso. (*Acta Med Colomb 2014; 39: 85-89*).

Palabras clave: *tuberculosis laríngea, tuberculosis gastrointestinal, infección por micobacterias, tuberculosis, inmunocompetente.*

Abstract

Tuberculosis is one of the diseases that has more impacted the global society, being influenced by the HIV pandemic, migration patterns and the use of anti-TB drugs. Extrapulmonary tuberculosis is rare, being more characteristic in immunocompromised patients, whose clinical manifestations are nonspecific, thus constituting a diagnostic challenge for clinicians and in most cases delaying its detection and treatment.

The case of a patient apparently immunocompetent consulting for a six years history of progressive dysphagia and unexplained weight loss, in whom involvement of esophagus and larynx by tuberculosis was found explaining the symptoms of admission, as well as the pulmonary involvement with no clear symptoms, is presented. It is a striking and relevant clinical picture by its presentation with high risk of dissemination of the infection in a patient without immunocompromise. (*Acta Med Colomb 2014; 39: 85-89*).

Keywords: *extrapulmonary tuberculosis, laryngeal tuberculosis, gastrointestinal tuberculosis, Mycobacterium Infections, immunocompetent.*

Dras. Diana Carolina Salinas G. y Diana Carolina Moreno O.: Residentes de Medicina Interna, Fundación Cardioinfantil, Programa de Posgrado Universidad del Rosario; Dr. Rodolfo José Dennis V.: Internista, Neumólogo, Epidemiólogo. Jefe Programa de Medicina Interna Fundación Cardioinfantil, Programa de Posgrado Universidad del Rosario. Bogota, D.C. (Colombia).

Correspondencia Dra. Diana Carolina Salinas G. Bogota, D.C. (Colombia).

E-mail: carosalinas_48@hotmail.com

Recibido: 10/X/2012 Aprobado: 16/X/2013

Introducción

La tuberculosis es una de las enfermedades que más ha aquejado a la población mundial desde tiempos antiguos, con su mayor pico de incidencia durante la pandemia del VIH entre 1985 y 1992, con lo que en 1993 fue declarada por la OMS como emergencia de salud pública global; y aunque ha disminuido su incidencia aún se considera uno de los problemas de salud pública más importantes a nivel mundial. Su agente etiológico, el *Mycobacterium tuberculosis* puede afectar cualquier órgano, siendo los pulmones los principalmente afectados. Sin embargo, el compromiso

extrapulmonar constituye un reto diagnóstico dado que la clínica no permite un diagnóstico fácil y temprano. Presentamos el caso de un paciente masculino inmunocompetente con compromiso pulmonar y extrapulmonar por tuberculosis que tomó seis años su diagnóstico.

Reporte del caso

Paciente masculino de 66 años, con cuadro clínico de seis años de evolución de disfagia progresiva hasta limitar la ingesta de líquidos, tos seca, asociado en los últimos tres meses con pérdida de 7 Kg de peso, astenia y adinamia.

Refiere múltiples estudios imagenológicos y endoscópicos previos dentro de límites normales. Antecedente de enfermedad coronaria y consumo de tabaco de 60 paquetes año. Al examen físico se encontró paciente en aceptable estado general, hemodinámicamente estable, no se palpan adenopatías ni lesiones en cavidad oral, auscultación cardiopulmonar dentro de límites normales. Abdomen blando no doloroso, sin masas, extremidades con adecuada perfusión distal, sin alteración neurológica.

Los paraclínicos de ingreso reportan hemograma con neutrofilia como único hallazgo, electrolitos y pruebas de función hepáticas normales, ligera elevación de azoados que mejoró con hidratación endovenosa. Se decide solicitar estudios adicionales.

La radiografía de tórax (Figura 1) muestra infiltrados intersticiales reticulonodulares bilaterales y derrame pleural derecho, por lo que se complementa con TAC de tórax (Figura 2) en la cual se evidencian múltiples micronódulos difusos con discreto predominio en lóbulos superiores, zonas con patrón en árbol de gemación y áreas de consolidación en llingula y lóbulo inferior derecho, compatible como primera posibilidad con TBC miliar, que se confirma con 3 BK de esputo positivos.

En EVDA (Figura 3) se encuentran úlceras esofágicas Forrest III de probable origen viral e irregularidades de la mucosa supraglótica con estigmas de sangrado, por lo que se considera descartar proceso infeccioso con anticuerpos anticitomegalovirus, antihistoplasma capsulatum, ELISA



Figura 1. Radiografía de tórax AP- lateral: infiltrados intersticiales reticulonodulares bilaterales y derrame pleural derecho.

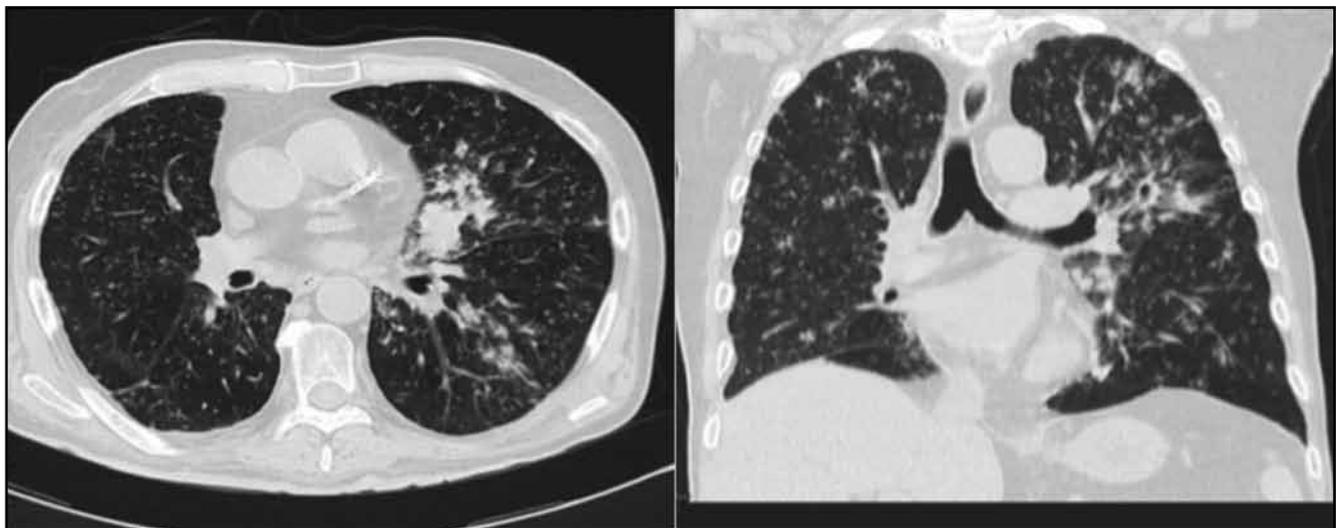


Figura 2. TAC tórax: patrón micronodular difusos con discreto predominio en lóbulos superiores, zonas con patrón en árbol de gemación y áreas de consolidación en llingula y lóbulo inferior derecho, compatible como primera posibilidad con TBC miliar.



Figura 3. Endoscopia de vías digestivas altas: úlceras esofágicas Forrest III de probable origen viral e irregularidades de la mucosa supraglótica con estigmas de sangrado.

para virus de inmunodeficiencia humana, herpes y prueba de galactomanano que fueron negativos.

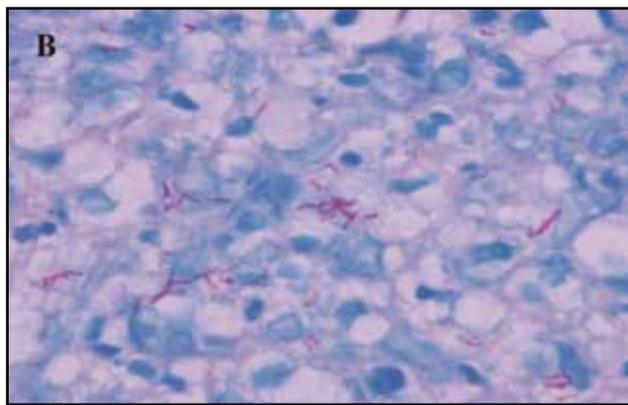
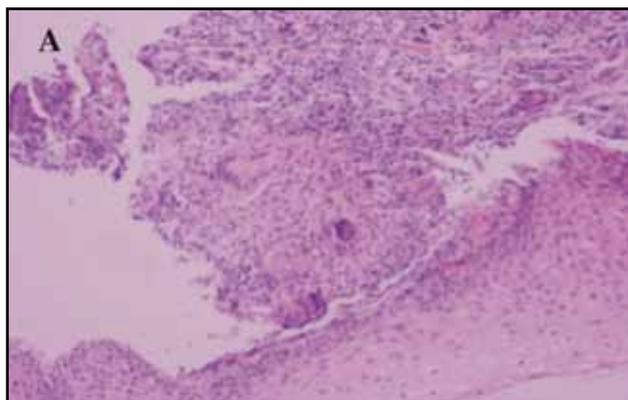


Figura 4. Biopsia esófago: A: Hematoxilina Eosina. Esofagitis ulcerada con granulomas necrotizantes B. Ziehl Neelsen. Abundantes bacilos ácidoalcohol resistentes.

La biopsia de esófago revela esofagitis ulcerada con granulomas necrotizantes con abundantes bacilos ácidoalcohol resistentes (Figura 4).

Se complementa estudio de lesiones supraglóticas con TAC de cuello por importantes síntomas digestivos altos el cual muestra engrosamiento difuso del repliegue aritenopiglótico y del segmento proximal del esófago por probable procesos inflamatorios y fibrobroncoscopia con eritema y edema de la pared lateral de la hipofarínge izquierda con lesiones nodulares pequeñas elevadas. Edema e hiperemia de la epiglotis, con irregularidad en el borde libre izquierdo y edema y eritema moderado supraglótico y glótico.

Con reporte de biopsias de lesiones en epiglotis e hipofarínge derecha e izquierda compatible con proceso inflamatorio agudo y crónico con abundantes bacilos ácidoalcohol resistentes (Figura 5).

Por lo tanto, se inicia tetraconjugado para tuberculosis esofágica, laríngea y miliar con adecuada tolerancia y respuesta al tratamiento.

Discusión

De acuerdo con el informe de la OMS de 2010, en este año se tuvieron 8.8 millones de casos incidentes de TB, y 1.4 millones murieron por TB incluyendo 0.35 millones de personas con VIH (1). Sin embargo, se viene presentando una disminución en las tasas e incidencia luego de los mayores picos presentados en 2005 y 2006, con un descenso en las muertes de 40% desde 1990, de acuerdo al mismo reporte (1).

La tuberculosis pulmonar constituye la principal forma de presentación, mientras que los focos extrapulmonares son mucho menos frecuentes, ya que constituyen un reto

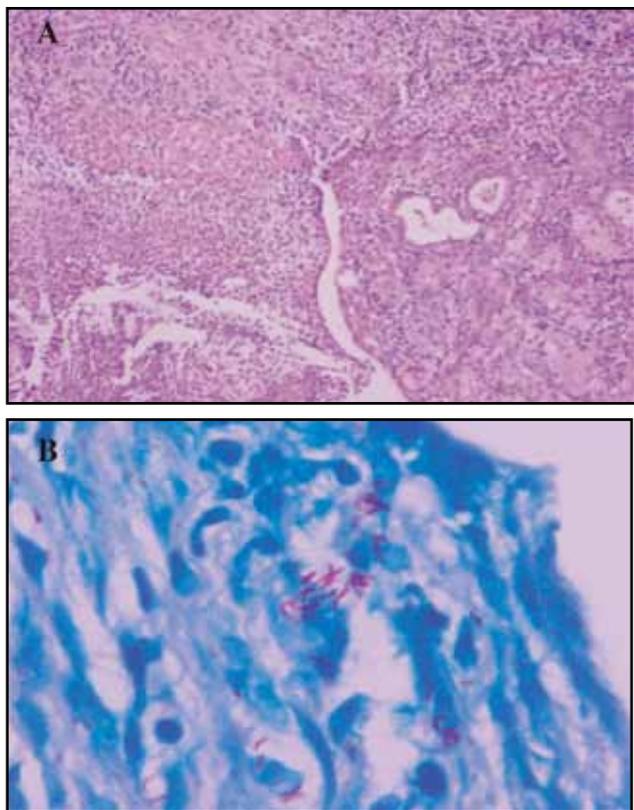


Figura 5. Biopsias de lesiones en epiglotis e hipofaringe derecha e izquierda. A. Hematoxilina Eosina. Proceso inflamatorio agudo y crónico B. Ziehl Neelsen. Abundantes bacilos ácidoalcohol resistentes.

diagnóstico, no sólo por su baja frecuencia de presentación (Tabla 1) (2), sino por sus manifestaciones inespecíficas, que llevan a diagnósticos tardíos, como en el caso presentado en quien se documentó foco laríngeo, esofágico y pulmonar.

La epidemiología de las formas pulmonares y extrapulmonares ha cambiado desde el uso del tratamiento antituberculoso, la globalización que permitió cambios en los patrones migratorios y la pandemia del VIH. Es así como la larínge era el foco extrapulmonar más frecuentemente afectado por la tuberculosis antes de la introducción de la quimioterapia, encontrándose en más de un tercio de los pacientes con tuberculosis, con mortalidad aproximada a 70%; sin embargo, en la actualidad se presenta en menos de 5% de todos los casos de tuberculosis extrapulmonar. La tuberculosis esofágica es igualmente rara, ya que el esófago es un órgano que cuenta con mecanismos de defensa frente a la agresión producida por el bacilo como lo son la motilidad esofágica coordinada, postura erguida, la función del esfínter esofágico inferior y el epitelio escamoso de dicho órgano (3, 4), por lo que dentro de la variedad de compromiso extrapulmonar ocupa el octavo lugar en la lista de órganos afectados (2), con un porcentaje de aparición según algunas de las grandes series de 0.15 y 0.14 de 18.049 en necropsias de pacientes estudiados (4).

Es importante recalcar que dichas presentaciones atípicas se ven más frecuentemente en pacientes inmunosuprimidos,

Tabla 1. Frecuencia de aparición de tbc extrapulmonar por órganos

Órgano	Porcentaje
Pleural	41.1
Ganglios Linfáticos	30.6
Genitourinario	7
Huesos y articulaciones	5.8
Meningitis	4.1
Cutánea	4.5
Peritoneal	2.6
Gastrointestinal	2
Otras	2.3

Adaptada y modificada de Extrapulmonary tuberculosis: epidemiology and risk factors. J.F. García-Rodríguez et al. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2011; 29(7): 502-509.

ya que el compromiso extrapulmonar generalmente se da por diseminación de un foco pulmonar a través de la vía hematológica, directa o linfática, con mayor predilección por los órganos más ricamente vascularizados como lo son el bazo, hígado, médula ósea e incluso el cerebro, conservándose por meses dentro de granulomas a la espera de ser erradicados en pacientes con inmunidad celular conservada, o progresión en aquellos que tienen dicha respuesta inmunitaria alterada presentándose enfermedad extrapulmonar. No obstante, el paciente reportado no presentaba inmunocompromiso aparente, considerando las diferentes vías de diseminación debe tenerse en cuenta que la menos probable en este caso es la sanguínea y más por contacto directo.

El paciente del caso clínico debutó con disfagia progresiva de larga data, tos seca y pérdida de peso inexplicada. En la revisión de la literatura se encuentra que la tuberculosis laríngea, con frecuencia se presenta con disfonía, disfagia, dolor que se irradia a oídos y que finalmente conlleva a aparición de odinofagia, asociado con síntomas constitucionales y a síntomas respiratorios que no siempre están presentes (5, 6). Mientras que el compromiso gastrointestinal se puede manifestar de diferentes maneras según su localización, que puede ir desde la boca hasta el ano, generalmente sus síntomas son poco específicos, entre ellos el de mayor frecuencia de aparición es la disfagia en 75% de los pacientes y la odinofagia, asociado a pérdida de peso, fiebre y dolor torácico.

Teniendo en cuenta ésto el caso clínico presentado debutó con los síntomas predominantemente gastrointestinales, los cuales durante seis años se estudiaron sin diagnósticos acertados, ya que constituyen síntomas inespecíficos y son localizaciones para el bacilo tuberculoso extremadamente infrecuentes, más tratándose de un paciente inmunocompetente, en el cual el compromiso sistémico de tres órganos es atípico. Sin embargo, la tuberculosis es un diagnóstico diferencial que se debe tener presente teniendo en cuenta el riesgo epidemiológico, por ser la tuberculosis laríngea la

localización con más riesgo de contagio, la alta morbilidad que presenta y la posibilidad de tratamiento exitoso.

Dentro del estudio imagenológico del paciente se encuentra en la TAC de tórax patrón micronodular difuso de predominio en ápices, característico de la tuberculosis miliar y en la EVDA se encontraron úlceras esofágicas Forrest III e irregularidades en mucosa supraglótica. En las revisiones realizadas se encuentra que las lesiones en laringe pueden variar desde eritema, úlceras que no resuelven, hasta masas que simulan lesiones cancerígenas, con frecuencia el compromiso es unilateral con afección de las cuerdas vocales generando parálisis. Y los hallazgos esofágicos varían desde úlceras superficiales, hasta lesiones elevadas que hacen pensar en lesiones neoplásicas, así como estenosis y fístulas, siendo ellas el recurso de diagnóstico microbiológico al realizarse su estudio patológico.

El abordaje diagnóstico del paciente fue completo, ya que se estudiaron las diferentes etiologías de su cuadro, descartando como primera opción otras enfermedades infecciosas atípicas, así como compromiso neoplásico sugerido por las características macroscópicas de las lesiones. Y finalmente se documentó por histología el diagnóstico, al hacerse evidentes los granulomas y bacilos acidoalcohol resistentes en las muestras.

Es así como cobra cada día más importancia la sospecha clínica para este tipo de pacientes, en quienes un diagnóstico oportuno y eficaz abarata costos, ahorra recursos y por supuesto disminuye situaciones asociadas que van en deterioro de la sobrevivencia de nuestros pacientes con un diagnóstico oportuno y certero, siendo igualmente útil como medida de contención por los efectos que tiene en la diseminación de la enfermedad por la contagiosidad tan alta de dichos focos.

Agradecimientos

Dra. Jaqueline Mugnier: Jefe de Departamento de Patología Fundación Cardioinfantil, Instituto de Cardiología. Dr. Rafael Conde Camacho: Médico Internista, Neumólogo. Fundación Neumológica Colombiana. Unidad de Gastroenterología Fundación Cardioinfantil, Instituto de Cardiología.

Declaración de fuentes de financiación y posibles conflictos de interés

No existe financiación ni conflictos de interés por parte de los autores del reporte de caso.

Referencias

1. **Global tuberculosis control:** WHO report 2011. World Health Organization 2011.
2. **García JF, Alvarez HD, Lorenzo MV, Callejo A, Fernandez A, Sesma P.** Extrapulmonary tuberculosis: epidemiology and risk factors. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2011; **29(7)**: 502–509.
3. **Jain SK, Jain S, Jain M, Yaduvashi A.** Esophageal tuberculosis: is it so rare? Report of 12 cases and review of the literature. *Am J Gastroenterol* 2002; **97**: 287–91
4. **Sharma S., Mohan A.** Extrapulmonary tuberculosis. *Indian J Med Res* 2004; **120(4)**: 316–53.
5. **Hopewell PC, Kato-Maeda M, Tuberculosis. Mason R, Broaddus C, Martin T, King T, Schraufnagel D, Murray J, Nadel J.** Murray and Nadel's Textbook of Respiratory Medicine, 5ta Ed Saunders Elsevier. 2010 Cap 34. P: p: 754–792.
6. **Baños R, Serrano A, Alberca F, Alajarin M, Albaladejo A, Vargas A, Molina J.** Tuberculosis Esofágica. *Rev. Gastroenterol Perú* 2006; **26**: 200–202.
7. **González N, Charlone G, Sanguinetti A.** Tuberculosis laríngea y pulmonar: presentación de un caso. *Acta Gastroenterol Latinoam* 2011; **41**: 52–54.
8. **Cardona A, Combariza J, Aponte D, Pacheco J, Ospina E, Reveiz L, Hernández J.** Tuberculosis laríngea: "Neoplasia aparente". *Revista Colombiana de Cancerología*. Nov 2002
9. **Fitzgerald D, Sterling T, Haas D.** Mycobacterium tuberculosis, Extrapulmonary Tuberculosis. Mandell G, Bennett J, Dolin R. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 7ma Ed. Elsevier. 2010; Cap 250. P: 3129–3163.
10. **Rathinam S, Kanagavel M, Sundaravadanan B, Santhosam R, Chandramohan S.** Dysphagia due to tuberculosis. *European Journal of Cardio-thoracic Surgery* 30 (2006) 833–836.