

Tuberculosis faríngea

A propósito de un caso en Perú

Pharyngeal tuberculosis

Concerning a case in Peru

JESÚS NEYRA-LEÓN, ENIKE GEREZ-CORNEJO, JANISH CABREJOS-VALDERRAMA,
PEDRO ANTONIO-TRAVEZAN • ICA (PERÚ)

DOI: <https://doi.org/10.36104/amc.2020.1562>

Resumen

La tuberculosis faríngea es una forma extrapulmonar de esta enfermedad que corresponde a menos de 1% de casos, mayormente de carácter secundario. En Perú, no hay datos de reportes de casos en esta forma de tuberculosis extrapulmonar.

Presentamos el caso de un varón de cuarenta y dos años que consultó por dolor de garganta y tumoración en faringe de dos meses de evolución, sin antecedentes epidemiológico o patológico. Se realiza biopsia de la lesión y coloración Ziehl Neelsen dando compatible a tuberculosis faríngea. En la radiografía de tórax se encontró lesiones pulmonares diseminadas bilaterales de tipo miliar, confirmando forma secundaria a tuberculosis diseminada.

Por ello, se resalta la importancia de descartar tuberculosis ante toda faringitis crónica sin respuesta al tratamiento convencional. (*Acta Med Colomb 2020; 45. DOI: <https://doi.org/10.36104/amc.2020.1562>*).

Palabras clave: *tuberculosis faríngea, faringitis crónica, tuberculosis, faringe.* (fuente: *DeCS BIREME*).

Abstract

Pharyngeal tuberculosis is an extrapulmonary form of this disease which makes up less than 1% of cases, most of which are secondary. In Peru, there are no case reports of this form of extrapulmonary tuberculosis.

We present the case of a 42-year-old man who consulted due to a two-month history of sore throat and a pharyngeal lump, with no epidemiological or medical history. A biopsy of the lesion and Ziehl-Neelsen staining yielded results compatible with pharyngeal tuberculosis. A chest x-ray showed bilateral miliary lesions, confirming a secondary form of disseminated tuberculosis.

This highlights the importance of ruling out tuberculosis in all cases of chronic pharyngitis which are unresponsive to conventional treatment. (*Acta Med Colomb 2020; 45. DOI: <https://doi.org/10.36104/amc.2020.1562>*).

Key words: *pharyngeal tuberculosis, chronic pharyngitis, tuberculosis, pharynx.* (Source: *DeCS BIREME*).

Jesús Neyra-León y Enike Gerez-Cornejo: Estudiantes de Medicina. Escuela Profesional de Medicina Humana, Universidad Privada San Juan Bautista. Asociación de Investigación y Ciencia de los Estudiantes de Medicina de la UPSJB; Dr. Janish Cabrejos-Valderrama: Médico Otorrinolaringólogo. Escuela profesional de Medicina Humana, Universidad Privada San Juan Bautista, Hospital Regional; Dr. Pedro Antonio-Travezan: Médico Anatomopatólogo. Escuela Profesional de Medicina Humana, Universidad Privada San Juan Bautista. Ica (Perú). Correspondencia: Jesús Neyra-León, Enike Gerez-Cornejo. Ica (Perú). E-mail: jesus.24.47.1996@gmail.com
Recibido: 06/XI/2019 Aceptado: 13/IV/2020

Introducción

Perú es de los pocos países a nivel mundial donde abunda la variabilidad de formas de tuberculosis. En 25% de los casos de tuberculosis existe afectación extrapulmonar (1, 2). El Ministerio de Salud del Perú (MINSA) cuenta con un informe operacional del año 2015, en el cual se obtuvo un total de 20 203 casos nuevos de tuberculosis, donde tenemos 16 342 (80.8%) con tuberculosis pulmonar (TBP)

y 3861 (19.2%) de tuberculosis extrapulmonar (TBEP), de los casos de TBEP el sexo masculino tiene más prevalencia, encontrándose los mayores casos entre 15 y 44 años (3).

Dentro de las formas extrapulmonares tenemos del sistema nervioso central, peritoneo, ganglionar, osteoarticular, entre otras; sin embargo, hay formas muy infrecuentes que rara vez se ven o no se reporta debido a que no se tiene una sospecha diagnóstica (1, 4, 5).

La tuberculosis faríngea es una manifestación extrapulmonar de esta enfermedad que corresponde a menos de 1% de casos (6, 7). A nivel mundial son pocos los reportes de casos sobre ésta y se ha sugerido la vía aérea nasal como el principal medio de transmisión para la infección (8). En Perú no existe datos de reportes de casos en esta forma.

Presentamos el caso de un paciente de 42 años de edad, que acude por cuadro de faringitis crónica sin respuesta a tratamiento, se le solicitó una serie de exámenes dando positivo para tuberculosis faríngea.

Reporte del caso

Paciente varón de 42 años de edad sin antecedente epidemiológicos o patológicos natural de Ica, acude por cuadro de dolor de garganta y tumoración en faringe. Refiere que hace aproximadamente dos meses comenzó a presentar dolor de garganta acudiendo al centro de salud donde es tratado como un cuadro de faringitis crónica con analgésicos y antibióticos.

Las molestias persisten y comienza a notar tumoración en faringe que dificulta pasar alimentos asociado a una baja

de peso corporal de 10 K, por lo cual acude a consultorio de otorrinolaringología. Al examen clínico se evidencia una pequeña tumoración a nivel de orofaringe izquierda blanquecina sobre una base eritematosa (Figura 1).

Se indica laringoscopia donde no se evidencia compromiso de otras vías aéreas respiratorias altas sólo la ya anteriormente mencionada de aspecto granulomatoso que se extiende a paladar, a la cual se le practica una biopsia. Enviamos la muestra a estudio a descartar proceso específico crónico. En el resultado de la biopsia observamos múltiples formaciones granulomatosas, algunas de ellas con necrosis caseosa central y células gigantes multinucleadas tipo Langhans (Figura 3). Por otro lado, al exponer la muestra a coloración Ziehl Neelsen resulto positivo, evidenciando el bacilo de Koch (Figura 4), dando el cuadro histopatológico correcto para tuberculosis faríngea.



Figura 1. Se evidencia una pequeña tumoración a nivel de orofaringe izquierda blanquecina sobre una base eritematosa (flecha) con secreción por momentos según lo descrito por el paciente.



Figura 2. En la radiografía de tórax se observan lesiones pulmonares diseminadas bilaterales, de tipo miliar.

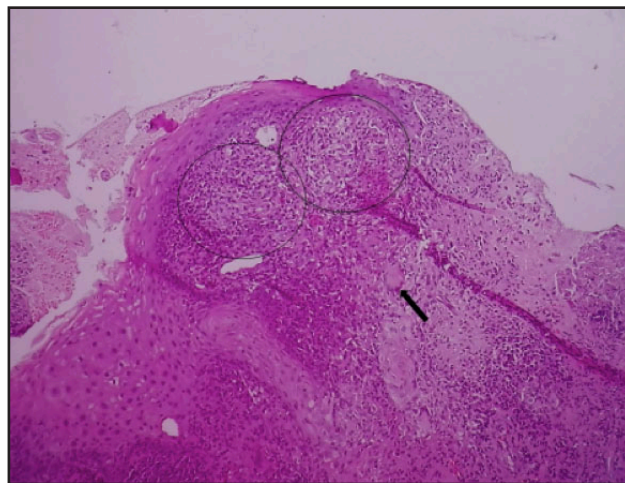


Figura 3. En la muestra se observan múltiples formaciones granulomatosas, algunas de ellas con necrosis caseosa central (círculos) y células gigantes multinucleadas tipo Langhans (flecha). Método de Tinción: hematoxilina – eosina. Aumento: 100x.

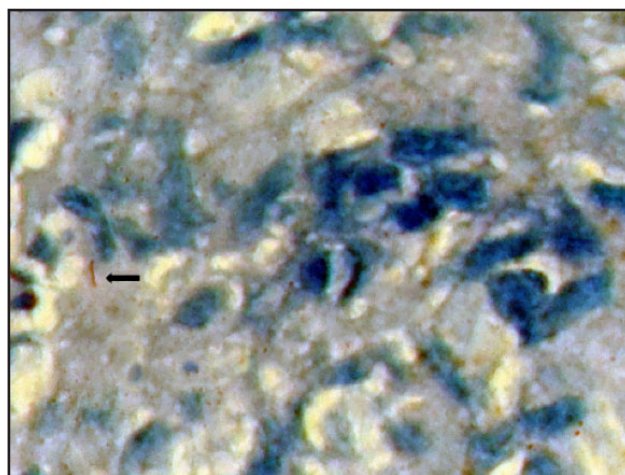


Figura 4. Al exponer la muestra a coloración Ziehl Neelsen resultó positivo, evidenciando el bacilo de Koch, dando el cuadro histopatológico correcto para tuberculosis faríngea. Aumento: 1000 x método de tinción: coloración de Ziehl Neelsen.

Se realizan exámenes para buscar foco primario, evidenciándose en la radiografía de tórax lesiones pulmonares diseminadas bilaterales de tipo miliar (Figura 2), confirmando forma secundaria a tuberculosis sistémica. Se informa al paciente sobre diagnóstico y se refiere a servicio de neumología para empezar tratamiento. Actualmente paciente en tratamiento médico con esquema 2HREZ/4H3R3, evolucionando favorablemente y sin complicación alguna. Contamos con el consentimiento informado del paciente para la ejecución de este artículo.

Discusión

A nivel mundial, la tuberculosis continúa siendo problema de salud pública. Es una enfermedad infectocontagiosa, prevenible y curable; que puede atacar cualquier parte del cuerpo (9). En el Perú anualmente se notifican cerca de 27 mil casos nuevos de enfermedad activa y somos uno de los países con mayor cantidad de casos de tuberculosis en las Américas, ocupando el décimo quinto lugar de las causas de muerte a nivel nacional (3). Ica es zona de muy alto riesgo con una tasa de incidencia de 78/100 000 habitantes al año.

La tuberculosis extrapulmonar es el caso nuevo en el que se diagnostica tuberculosis en otro(s) órgano(s) que no sean los pulmones, con diagnóstico por criterio bacteriológico, clínico, histológico u otros (3). Los lugares de mayor predilección son ganglionar y pleural, por otro lado, en otorrinolaringología la forma de tuberculosis más frecuente es la primera mencionada seguida de laríngea (10, 11); siendo la forma faríngea de muy rara presentación (6, 12-14).

Se ha descrito formas de tuberculosis faríngea en contados casos, siendo la odinofagia el principal motivo por el cual acuden a consulta (6). En la mayoría de casos, es consecuencia de diseminación directa (mediante de expectoración e inhalación de bacilos) o vía hematogena, siendo el caso de nuestro paciente la primera forma como se ha descrito en la literatura (15). Con respecto al diagnóstico la baciloscopia suele ser negativa, siendo la anatomía patológica fundamental para esto (6, 12).

El esquema recomendado es el utilizado en nuestro paciente, pues no se ha reportado resistencia. Un diagnóstico inmediato favorece la resolución adecuada de la enfermedad y evitar fármaco-resistencia (1, 2, 6).

Conclusión

La tuberculosis en otorrinolaringología es frecuente; siempre y cuando se tenga la sospecha diagnóstica. Por ello, concluimos en descartar tuberculosis ante toda faringitis crónica sin respuesta al tratamiento convencional.

Referencias

1. **Ramírez M, Menéndez A, Noguero A.** Tuberculosis extrapulmonar, una revisión. *Rev Esp Sanid Penit* 2015; 17: 3-11.
2. **Arciniegas W, Orjuela DL.** Tuberculosis extrapulmonar: revisión de 102 casos en el Hospital Universitario San Jorge de Pereira, 2000-2004. *Biomédica* 2006; 26:71-80.
3. **Alarcón V, et al.** Tuberculosis en el Perú: situación epidemiológica, avances y desafíos para su control. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica.* 2017; 34(2): 299-310.
4. **Ketata W, Rekik WK, Ayadi H, Kammoun S.** Tuberculosis extrapulmonar. *Rev Pneumol Clin.* 2015 abril-junio; 71 (2-3): 83-92.
5. **Sánchez L, et al.** Tuberculosis extrapulmonar. *Revista Argentina de Diagnóstico por Imágenes.* 2016; 5(14): 25 - 37.
6. **Mouhsinea A, et al.** Tuberculosis faríngea: 5 casos clínicos. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2016;67(3):162-166.
7. **Paredes A.** Tuberculosis en Otorrinolaringología. *Rev otorrinolaringol cir cab-cuello.* 2001; 61: 87-94.
8. **Vergara E, et al.** ¿Es la vía aérea nasal el principal medio de transmisión para la tuberculosis faríngea? *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2017 Jan - Feb;68(1):66-67.
9. **Cardona P.** Patogénesis de la tuberculosis y otras micobacteriosis. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2018;36(1):38-46.
10. **Chiesa CM, et al.** Tuberculosis de cabeza y cuello: estudio retrospectivo de 6 años. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2015; 67(1): 9-14.
11. **Paredes A.** Tuberculosis en Otorrinolaringología. *Rev otorrinolaringol cir cab-cuello.* 2001; 61: 87-94.
12. **Spini RG, et al.** Tuberculosis faríngea. Caso clínico. *Arch Argent Pediatr* 2015;113(4): e230-e233.
13. **Alcalá T, et al.** Tuberculosis en faringe y laringe: presentación de un caso. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 2010;9(4) 545-552.
14. **Gallardo A, et al.** La tuberculosis faríngea: un caso clínico. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 1998 Oct; 49 (7): 587-90.
15. **Vergara E, et al.** ¿Es la vía aérea nasal el principal medio de transmisión para la tuberculosis faríngea? *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2017 Jan - Feb;68(1):66-67.

