

Tuberculosis pulmonar y lingual. Presentación de un caso

A Case Report of Pulmonary and Lingual Tuberculosis

Rafael Pila Pérez, MD,¹ Víctor Adolfo Holguín Prieto, MD,¹ Rafael Pila Peláez, MD,¹ Pedro Rosales Torres, MD,¹ Danay Caballero Hernández.¹

¹ Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.

Fecha recibido: 19-02-14
Fecha aceptado: 08-05-14

Resumen

Objetivo: presentar un caso raro de tuberculosis (TB) lingual secundaria, el cual constituye el primero reportado en el hospital y en la provincia en 50 años.

Caso clínico: paciente masculino de 69 años de edad con antecedentes de dos hospitalizaciones por neumonía bacteriana adquirida en la comunidad, que es ingresado debido a que desde hace 3 semanas presenta fiebre, tos seca irritativa y síntomas constitucionales acompañados de lesiones nodulares de 0,5-1 cm en el dorso de la lengua y aftas dolorosas en la base de la misma, especialmente a la palpación, que le impedían alimentarse. El estudio BAAR del esputo reporta codificación 9 en 2 oportunidades; la prueba de tuberculina, los exámenes radiológicos y la histología confirman el diagnóstico. Se aplica terapéutica antituberculosa y a los 2 meses se aprecia desaparición de los nódulos, manteniéndose asintomático en el seguimiento en consulta externa.

Conclusiones: la TB de la lengua es un hallazgo infrecuente que debe ser incluido en el diagnóstico diferencial de las patologías de la cavidad oral. Este caso demuestra la importancia de mantener la alerta sobre esta entidad en la práctica médica y odontológica.

Palabras claves

Tuberculosis pulmonar, enfermedades de la lengua, enfermedades granulomatosas.

Abstract

Objective: The objective of this study is to present a rare case of secondary lingual tuberculosis (TB). This was the first reported occurrence of this disease in the hospital and in the province in 50 years.

Case report: A 69 year old male patient who had been hospitalized twice because of bacterial pneumonia acquired in the community was admitted to the hospital. For three weeks prior to admission the patient had suffered fever, dry irritating coughing, constitutional symptoms, 0.5 to 1.0 cm nodular lesions on the dorsum of the tongue, and canker sores at the base of the tongue. As a result the patient had been unable to eat. Two acid fast bacilli (AFB) smears both showed a rating of 9. Tuberculosis testing, x-rays and histology confirmed the diagnosis. Tuberculosis treatment was begun. After two months the nodules disappeared. The patient remained asymptomatic and continues to be monitored on an outpatient basis.

Conclusions: TB of the tongue is a rare finding that should be included in the differential diagnosis of diseases of the oral cavity. This case demonstrates the importance of continued vigilance of this entity in medical and dental practice.

Keywords

Pulmonary tuberculosis, diseases of the tongue, granulomatous diseases.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB), en nuestros días es una enfermedad curable, cuya prevalencia disminuyó considerablemente después de la introducción de la estreptomycin y la poliquimioterapia; sin embargo, no es un problema resuelto totalmente debido a su espectacular reemergencia, lo que obliga al médico a tenerla presente no solo al enfrentar enfermedades pulmonares, sino también en aquellas localizadas en diversos órganos.

Esta entidad es una infección bacteriana crónica y sistémica que afecta con mayor frecuencia a los pulmones, pero puede comprometer, en orden de frecuencia, el riñón y los ganglios linfáticos y, ocasionalmente, ser responsable de manifestaciones hepáticas, neurológicas y osteomioarticulares. La disminución de la TB no ha ido seguida de una disminución en el número de localizaciones extrapulmonares, pero se ha demostrado en la actualidad un descenso en las cifras de morbilidad y mortalidad (1).

Las manifestaciones orales de la TB son sumamente raras, con una incidencia del 14%, siendo la lengua el sitio de localización menos común en dicha zona y evidenciándose con una gran variedad de formas de presentación (2). La TB lingual es un dilema diagnóstico, en particular por su rareza y su presentación en pacientes inmunocompetentes (2,3).

El objetivo de este trabajo es presentar el caso de un paciente con una TB pulmonar y lingual, el cual constituye el primer caso diagnosticado en Camagüey en los últimos 50 años.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 69 años de edad, fumador, sin antecedentes familiares de interés, ingresado en 2 ocasiones con el diagnóstico de neumonía bacteriana adquirida en la comunidad. Tres semanas antes de su ingreso, comenzó con un cuadro febril vespertino, acompañado de diaforesis nocturna, tos seca irritativa, astenia, anorexia y pérdida de peso (10 kg en 2 meses). En los últimos tres días notó la aparición de dolor en la lengua, con irradiación al oído derecho, que se acentuaba con la masticación y le dificultaba la alimentación.

Examen físico: frecuencia respiratoria: 28 respiraciones/minuto, frecuencia cardíaca central: 100 latidos/minuto, tensión arterial: 110/70 mmHg. Importante afección del estado general, febril de 39° C; piel sin alteraciones; no se palpan adenopatías en ninguna cadena ganglionar. La exploración cardiopulmonar evidenció un murmullo vesicular disminuido globalmente con crepitantes diseminados en ambos campos pulmonares, fundamentalmente en los 2/3 superiores del pulmón izquierdo; ruidos cardíacos rítmicos y taquicárdicos. En la cavidad bucal (figura 1) se encontraron lesiones nodulares en el tercio posterior del

dorso de la lengua en número de 5-7, blandas, dolorosas, con tamaño entre 0,5-1 cm, infiltradas y con algunos puntos hemorrágicos; en la base y en la punta de la lengua se observaron lesiones aftosas, en número de 6-7, blancoamarillentas, con tamaño de 0,3-0,6 mm, redondeadas y de bordes definidos. En el resto de aparatos y sistemas no se encontró ningún hallazgo anormal.

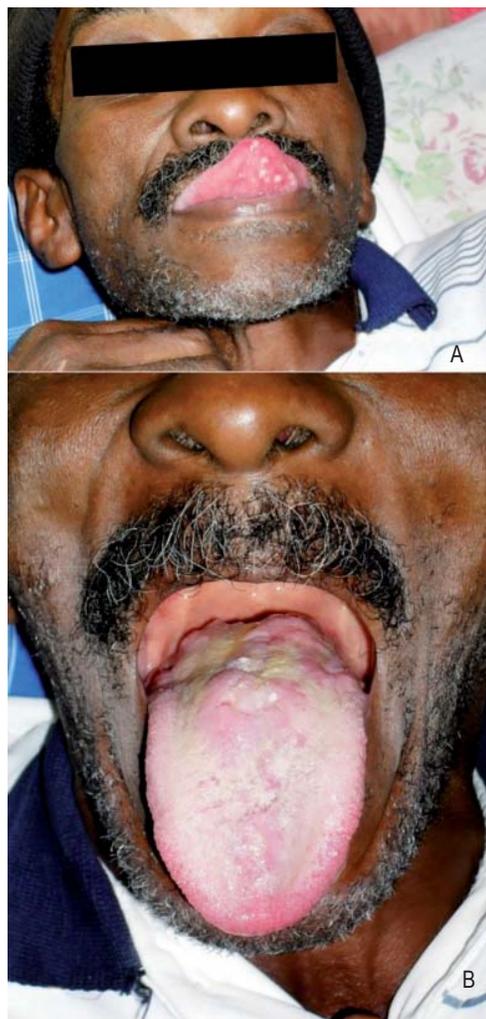


Figura 1. A. Obsérvese la presencia en la cara ventral y en la punta de la lengua de lesiones aftosas, blancoamarillentas, redondeadas y de bordes definidos. B. Nótese los nódulos en el tercio posterior del dorso de la lengua en número de 5-7, con tamaños que oscilan entre 0,5-1 cm, algunos con punteado hemorrágico.

Investigaciones clínicas: los estudios analíticos se exponen en la tabla 1. Los estudios serológicos para VDRL, VIH, Ag_sHVB y Ac para HVC fueron negativos. Hemocultivos: negativos. Radiografía de tórax: opacidades nodulares múltiples diseminadas en ambos campos pulmonares, fundamentalmente en los 2/3 superiores del pulmón izquierdo (figura 2). Tomografía axial computarizada (TAC) de pul-

món (figura 3): lesiones nodulares hiperdensas de 1,5-3 cm de diámetro, diseminadas en ambos lóbulos superiores, a predominio izquierdo; algunas de ellas con tendencia a la cavitación. Ante la posibilidad de una tuberculosis (TB) pulmonar se indicaron los estudios pertinentes, obteniéndose una induración de 16 mm en la prueba de tuberculina mediante método de Mantoux y en la baciloscopia (BAAR) una codificación 9 en 2 oportunidades. Se realizó biopsia de lengua (figura 4), la que demostró un proceso inflamatorio granulomatoso compatible con TB lingual. El cultivo del esputo y de las muestras histológicas en medio de Löwenstein-Jensen confirmó el crecimiento de *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis*).

Tabla 1. Exámenes de laboratorio.

Investigación	Rango normal	Resultado
Hemoglobina (g/dL)	14-18	11
Hematócrito	0,40-0,55 (hombres)	0,33
Leucocitos (x10 ⁹ /L)	4,5-11	7,5
Neutrófilos	0,55-0,70	0,54
Eosinófilos	0,01-0,04	0,02
Basófilos	0,00-0,02	0,00
Linfocitos	0,25-0,40	0,42
Monocitos	0,02-0,08	0,02
Conteo de reticulocitos (%)	0,5-1,5	0,8
Volumen corpuscular medio (fL)	80-100	85
CMHC (g/dL)	32,3-35,9	33
Conteo de plaquetas (x10 ⁹ /L)	150-450	190
Hierro sérico (µg/mL)	40-160 (hombres)	39
VSG (mm/1 ^a h)	3-13 (hombres)	105
Glucemia (mg/dL)	65-100	92
Creatinina (mg/dL)	0,5-1,5	0,85
Ácido úrico (mg/dL)	3,6-8,5 (hombres)	7,4
Calcio sérico (mmol/L)	8,5-10,5	9,2
Colesterol (mg/dL)	<200	185
Triglicéridos (mg/dL)	40-150	140
ALAT (U/L)	7-41	39,2
ASAT (U/L)	12-38	42
Fosfatasa alcalina (U/L)	40-190	180
Gamma glutamil transpeptidasa (U/L)	7-46 (hombres)	44
Lactato deshidrogenasa (U/L)	100-250	510
Tiempo de protrombina (s)	11-17	16
Proteínas séricas totales (g/L)	60-80	70
Albumina sérica (g/L)	35-50	41
Bilirrubina total (mg/dL)	0,3-1,1	0,9
Bilirrubina directa (mg/dL)	0-0,3	0,29

CMHC: concentración media de hemoglobina corpuscular, VSG: velocidad de sedimentación globular, ALAT: Alanina-aminotransferasa, ASAT: Aspartato-aminotransferasa.

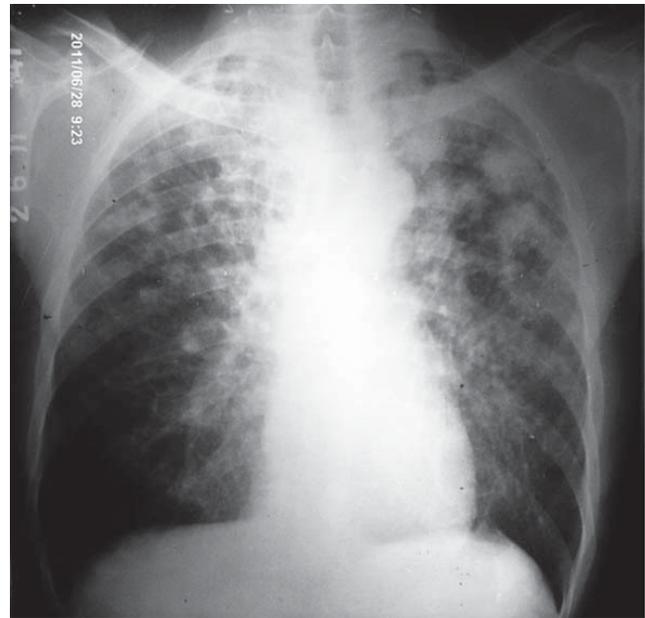


Figura 2. Fotografía de la radiografía PA de tórax, donde pueden observarse múltiples opacidades nodulares diseminadas en ambos campos pulmonares, fundamentalmente en los 2/3 superiores del pulmón izquierdo.



Figura 3. TAC de pulmón evidenciando nódulos hiperdensos de 1,5-3 cm de diámetro, diseminados en ambos lóbulos superiores, a predominio izquierdo; algunos de ellos con tendencia a la cavitación; sin presencia de compromiso endobronquial ni adenopatías mediastinales.

Se concluyó el diagnóstico como una TB pulmonar con compromiso lingual secundario y se inició manejo con poliquimioterapia según el Programa Nacional de manejo de la TB. A las 8 semanas se observó la desaparición de las

lesiones bucales, con notable mejoría del cuadro radiológico y clínico, continuando sus chequeos periódicos según lo estipulado para esta enfermedad.

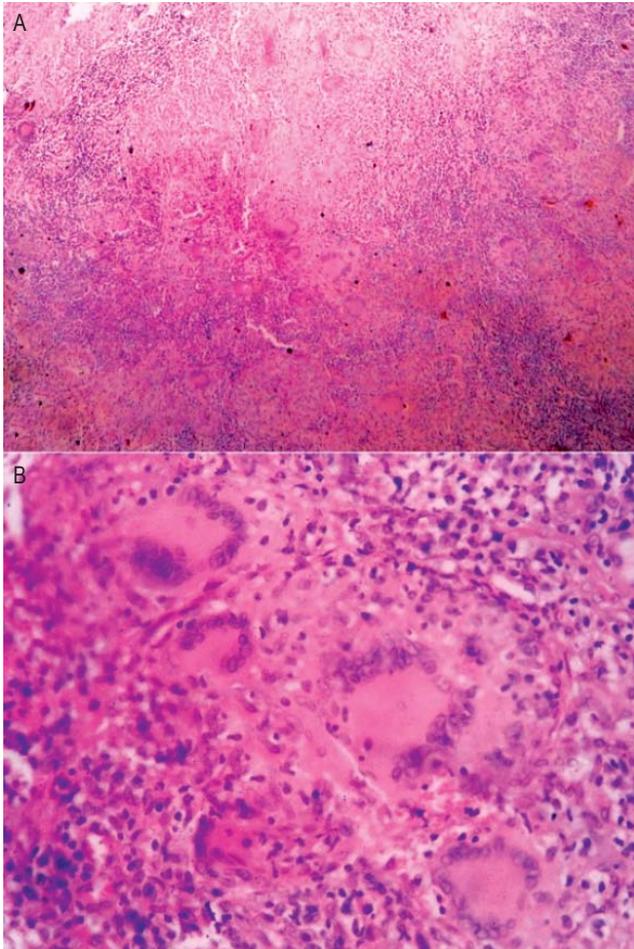


Figura 4. A. Microfotografía panorámica de un campo de las lesiones, mostrando reacción inflamatoria crónica de tipo granulomatosa sin necrosis con abundantes células gigantes típicas rodeadas por linfocitos (H-E 10x). B. Histología a un campo de gran aumento. Obsérvense los granulomas duros sin necrosis o no caseificados, característicos de la enfermedad cuando afecta la lengua, acompañados de las típicas células de Langerhans (H-E 40x).

DISCUSIÓN

Las manifestaciones bucales de la TB son infrecuentes (4) debido a que la saliva provoca un arrastre continuo y no permite depositar los bacilos (5); en el caso de que logren atravesar la mucosa, son fagocitados y se incorporan a la circulación sin provocar lesión oral (4). La mucosa no es el medio propicio para el desarrollo del *M. tuberculosis* (6). Las características clínicas de la TB en la boca pueden ser de infección primaria (en raras ocasiones) o secundaria (mucho más frecuente) (4,6,7). En la infección primaria,

la encía es el sitio más afectado seguido por la orofaringe (6,7), aunque también puede afectar la glándula parótida (8,9). En las formas secundarias, se localiza fundamentalmente en la lengua (5).

Los niños y adultos jóvenes son los más predispuestos sobre todo por inmunosupresión y su asociación con el VIH/SIDA, como lo demuestran algunos estudios (3). En una investigación en la India (3), en 212 niños con VIH, se apreciaron lesiones orales en 132 (62,26%), y se reportó la TB como enfermedad sistémica en el 49,1%; de los 132 pacientes, 33 enfermos (26%) no presentaron inmunosupresión, 74 (58%) inmunosupresión moderada y 20 (15%) inmunosupresión grave. En todos estos casos se demostró que las lesiones orales guardaron correlación con las lesiones en otras partes del organismo (3,8,9). El caso expuesto se trata de un paciente de 69 años sin ningún antecedente de inmunosupresión primaria o secundaria.

En la forma primaria, las lesiones bucales se pueden presentar, más comúnmente, en forma de úlceras (2,8,9,11), las cuales tienen aspecto crateriforme, rodeadas de una zona edematosa; los bordes de estas úlceras son sangrantes y curan espontáneamente entre los 10 y 20 días (5, 10), pueden ser de tamaño variable, con un promedio de 2-3 cm de diámetro, blanquecinas, con un fondo regular, localizadas usualmente en la parte anterior y en la superficie ventral de la lengua (13). Cuando la TB se presenta en forma nodular, el curso clínico es más persistente y doloroso; en estos casos hay adenopatías cervicales indoloras que posteriormente pueden formar abscesos y abrirse a la piel, descargando un material necrótico y caseoso (4), forma conocida como escrófula. Las linfadenopatías pueden sugerir malignidad (12).

En la infección secundaria, la lesión oral por TB es más común, encontrándose, también, lesiones en otros órganos u otras áreas de la región otorrinolaringológica, aunque por lo general proviene del pulmón (4). En estos casos, la lesión ocurre por inoculación directa de las micobacterias (provenientes del esputo) (5), siempre y cuando una lesión previa de la mucosa lo permita, o por transmisión a través de la circulación sanguínea o linfática (14). El sitio de preferencia para la ubicación de la lesión tuberculosa, ya sea por úlcera regular o nódulos, es el dorso de la lengua. Las úlceras son de tamaño variable, no adherentes, de consistencia blanda, generalmente dolorosas (el dolor se exacerba durante la masticación y con la palpación y se irradia característicamente al oído), redondeadas, que al limpiarse muestran unos corpúsculos amarillentos y puntos hemorrágicos. Estos corpúsculos amarillentos se denominan granos o signos de Trélat (5,10,13). Usualmente se acompaña de linfadenopatías cervicales. En este paciente se apreció una forma de compromiso lingual tuberculoso secundario sin úlceras y con nódulos múltiples dolorosos en la superficie

dorsal de la lengua; además presentó aftas en la cara ventral, hallazgo verdaderamente inusual y no encontrado en la literatura revisada. Nunca se evidenciaron adenopatías en ninguna de las cadenas ganglionares exploradas.

En la afección bucal los signos clínicos, radiológicos y endoscópicos no son específicos (6-8), por lo regular el diagnóstico se realiza mediante histopatología, para diferenciarla de las enfermedades granulomatosas y neoplásicas (9). La biopsia de la región lingual muestra una reacción inflamatoria crónica granulomatosa sugestiva de TB, tal y como se apreció en el estudio de uno de los nódulos linguales de este enfermo. Cuando existen adenopatías cervicales o en cualquier otro sitio, estas pueden brindar apoyo en el diagnóstico (12). No obstante, debe tenerse presente que en ocasiones en la biopsia inicial, el estudio histopatológico revela solamente una inflamación inespecífica (15). La biopsia excisional es fundamental en el diagnóstico diferencial del cáncer escamoso de la lengua en fumadores y de la histoplasmosis en áreas endémicas (10), sífilis, lesiones traumáticas y úlceras aftosas (14), así como de linfomas e infecciones bacterianas diversas (16). También resulta de utilidad, con alta especificidad, la realización de reacción en cadena de la polimerasa (8-10) en busca del material genómico de *M. tuberculosis*.

Aunque el diagnóstico de la TB lingual es un verdadero desafío clínico, es primordial su identificación temprana, ya que las lesiones regresan completamente con el tratamiento específico antimicrobiano entre dos y ocho meses (9, 17); algunos autores (18) lo señalan en seis meses, a pesar de su asociación con otras localizaciones en la cavidad oral, la laringe y el pulmón.

CONCLUSIONES

Debido a que la TB lingual es una forma de presentación inhabitual, y dado que los facultativos rara vez piensan en ella como causa posible del cuadro clínico, se da prioridad a otras entidades de acuerdo a la epidemiología local, retardando considerablemente el diagnóstico. En las formas secundarias, que son las más frecuentes, la afección lingual usualmente es producto de una TB pulmonar y/o laríngea, formas bacilíferas notablemente importantes en la epidemiología de esta enfermedad reemergente.

REFERENCIAS

1. Pila Pérez R, Amador Betancourt J, Pernas Alvarino J, Alvarez Suárez G. Tuberculosis extrapulmonar: estudio de 97 casos. *Rev Cuba Med.* 1987;26(3):256-66.
2. Kumar S, Sen R, Rawal A, Dahiya RS, Dalal N, Kaushik S. Primary lingual tuberculosis in immunocompetent patient: a case report. *Head Neck Pathol.* 2010;4(2):178-80.

3. Ranganathan K, Geethalakshmi E, Krishna Mohan Rao U, Vidya KM, Kumarasamy N, Solomon S. Orofacial and systemic manifestations in 212 paediatric HIV patients from Chennai, South India. *Int J Paediatr Dent Br Paedodontic Soc Int Assoc Dent Child.* 2010;20(4):276-82.
4. Gharebaghi N, Monsouri SA, Darazam IA, Mansouri D, Sajadi MM, Mansouri N. A 40-year-old man with tongue lesions. Lingual and pulmonary tuberculosis (TB). *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am.* 2011;52(10):1231, 1276-7.
5. Morán López E, Lazo Amador Y. Tuberculosis. *Rev Cuba Estomatol.* 2001;38(1):33-51.
6. Sharma AB, Laishram DK, Sarma B. Primary tuberculosis of tongue. *Indian J Pathol Microbiol.* 2008;51(1):65-6.
7. Hussaini J, Mutusamy S, Omar R, Rajagopalan R, Narayanan P. Base of tongue tuberculosis: a case report. *Acta Med Iran.* 2012;50(2):151-2.
8. El Ayoubi A, Benhammou A, El Ayoubi F, El Fahssi A, Nitassi S, Kohen A, et al. [Primary extranodal ENT tuberculosis]. *Ann Oto-Laryngol Chir Cervico Faciale Bull Société Oto-Laryngol Hôp Paris.* septiembre de 2009;126(4):208-15.
9. Furugen M, Nakamura H, Tamaki Y, Haranaga S, Yara S, Higa F, et al. [Tuberculosis of the tongue initially suspected of tongue cancer: a case report—including the search for recent 16 cases in Japan]. *Kekkaku.* 2009;84(8):605-10.
10. Hofman V, Selva E, Musso S, Odin J-C, Dellamonica P, Hofman P. [Tuberculosis: a rare and misleading etiology of tongue's ulcer]. *Ann Pathol.* 2003;23(3):261-5.
11. Garg RK, Singhal P. Primary tuberculosis of the tongue: a case report. *J Contemp Dent Pract.* 2007;8(4):74-80.
12. Sareen D, Sethi A, Agarwal AK. Primary tuberculosis of the tongue: a rare nodular presentation. *Br Dent J.* 2006;200(6):321-2.
13. Yiğit O, Cinar U, Uslu Coşkun B, Başak T. Tuberculous ulcer of the tongue: a case report. *Kulak Burun Boğaz İhtis Derg KBB J Ear Nose Throat.* 2004;13(3-4):98-101.
14. Vidal M, Delevaux I, André M, Marroun I, Gavet F, Voinchet H, et al. [Lingual tuberculosis revealing disseminated tuberculosis]. *Rev Médecine Interne Fondée Par Société Natl Francaise Médecine Interne.* 2007;28(2):124-6.
15. Memon GA, Khushk IA. Primary tuberculosis of tongue. *J Coll Physicians Surg--Pak JCPSP.* 2003;13(10):604-5.
16. Feller L, Anagnostopoulos C, Bouckaert M, Raubenheimer EJ. HIV/TB co-infection: literature review and report of multiple tuberculosis oral ulcers. *SADJ J South Afr Dent Assoc Tydskr Van Suid-Afr Tandheelkd Ver.* 2005;60(8):330-2, 343.
17. Michalak A, Wojtas G, Kidawa I, Tylzanowska-Nitek K. [Tuberculosis of the tongue in a patient with disseminated pulmonary tuberculosis]. *Pneumonol Alergol Pol.* 2004;72(1-2):28-31.
18. Díaz Manzano JA, Castillo Romero JL, Padilla Romero MJ, Sánchez Laínez JJ, Castillo Aguilar C, Cegarra Navarro MF. [Simultaneous pulmonar, laryngeal and lingual affectation by Mycobacterium tuberculosis]. *An Otorrinolaringológicos Ibero-Am.* 2007;34(3):237-41.