

# Tuberculosis faríngea. Caso clínico

## Pharyngeal tuberculosis. Case report

Dra. Roxana Gabriela Spini<sup>a</sup>, Dr. Lucas Bordino<sup>a</sup>, Dra. Daniela Cohen<sup>b</sup>, Dra. Andrea Martins<sup>a</sup>, Dra. Zaida Ramírez<sup>b</sup> y Dra. Norma E. González<sup>c</sup>

### RESUMEN

La tuberculosis faríngea es una manifestación extrapulmonar infrecuente. En Argentina, se notificaron 1752 pacientes enfermos de tuberculosis menores de 19 años en el año 2012. Solo 12,15% tenían localización extrapulmonar.

Se presenta el caso de una adolescente que consultó por odinofagia y fiebre intermitente de 6 meses de evolución, sin respuesta al tratamiento antibiótico convencional. La radiografía de tórax presentaba infiltrado micronodular bilateral, por lo que la paciente se internó para estudiar y tratar. El resultado del examen directo de esputo para bacilos ácido-alcohol resistentes fue positivo y se inició tratamiento con cuatro drogas antituberculosas, con buena evolución y desaparición de los síntomas. Se obtuvo confirmación diagnóstica con el aislamiento de la *Mycobacterium tuberculosis* del cultivo de esputo.

La tuberculosis faríngea presenta como principal motivo de consulta odinofagia y dificultad en la deglución de larga evolución. Por ello, se resalta la importancia de descartar tuberculosis ante toda faringitis sin respuesta al tratamiento convencional.

**Palabras clave:** tuberculosis extrapulmonar, dolor de garganta.

### ABSTRACT

Pharyngeal tuberculosis is a rare extrapulmonary manifestation. In Argentina, the number of cases of tuberculosis reported in children under 19 years in 2012 was 1752. Only 12.15% had extrapulmonary manifestation.

A case of a 17 year old girl with pharyngeal tuberculosis is reported. The patient presented intermittent fever and swallowing pain for 6 months, without response to conventional antibiotic treatment. Chest X-ray showed bilateral micronodular infiltrate, so hospitalization was decided to study and treat. The sputum examination for acid-fast resistant bacilli was positive and treatment with four antituberculous drugs was started, with good evolution and disappearance of symptoms. Diagnostic confirmation with the isolation of *Mycobacterium tuberculosis* in sputum culture was obtained.

The main symptoms of pharyngeal tuberculosis are sore throat and difficulty in swallowing of long evolution. It is important to consider tuberculosis as differential diagnosis in patients with chronic pharyngitis unresponsive to conventional treatment.

**Key words:** extrapulmonary tuberculosis, sore throat.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2015.e230>

### INTRODUCCIÓN

La tuberculosis faríngea es una manifestación extrapulmonar infrecuente. En Argentina, se notificaron 1752 pacientes enfermos de tuberculosis menores de 19 años en el año 2012; solo en 213 casos (12,15%) la localización fue extrapulmonar.<sup>1</sup> No hemos encontrado reportes de casos de tuberculosis faríngea en pediatría, en nuestro país, en los últimos 10 años.

Presentamos el caso de una adolescente con odinofagia de seis meses de evolución, sin respuesta a tratamientos convencionales con tuberculosis faríngea en el contexto de una enfermedad pulmonar activa.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 17 años de edad previamente sana, de sexo femenino, que consultó por odinofagia de 6 meses de evolución, asociada a fiebre intermitente. Cumplió un tratamiento con diversos esquemas antibióticos: penicilina, amoxicilina y claritromicina en dosis adecuadas, sin mejoría clínica. Concurrió a la División de Otorrinolaringología de nuestro Hospital por persistencia de la sintomatología. La paciente se encontraba en buen estado general, afebril. En el examen de fauces, presentaba en la pared posterior de faringe, en ambas regiones amigdalinas y en el paladar blando placas difusas blanquecinas adheridas. En los bordes uvulares, se observaban lesiones en sacabocado. La mucosa vecina a la lesión estaba eritematosa y edematizada (*Figura 1*). Se palpaban adenomegalias bilaterales en la región yugular superior y media, sin signos de flogosis e indoloras. En los últimos quince días, se habían agregado tos y astenia, sin relevancia para la paciente. El resto del examen físico, sin particularidades. No presentaba antecedentes personales ni familiares de importancia.

a. Residencia de Otorrinolaringología Pediátrica.

b. División de Otorrinolaringología.

b. División Neumotisiología.

Hospital General de Niños Pedro de Elizalde, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

### Correspondencia:

Dra. Roxana Gabriela Spini: roxanaspini@intramed.net.

**Financiamiento:** Ninguno.

**Conflicto de intereses:** Ninguno que declarar.

Recibido: 10-2-2015

Aceptado: 5-3-2015

Dada la evolución crónica de la faringitis, se realizó hemograma (leucocitos:  $10\,500/\text{mm}^3$ ; neutrófilos: 77%), eritrosedimentación (70 mm/h en la primera hora), hisopado de fauces para el estudio microbiológico (gérmenes comunes, gonococo y micológico negativos), VDRL (negativo), VIH (negativo), prueba tuberculínica (PPD), que resultó negativa, y radiografía de tórax, que presentaba infiltrado micronodulillar bilateral (Figura 2).

Con diagnóstico presuntivo de proceso infeccioso con diseminación hematogena compatible con tuberculosis miliar, infección por micobacterias atípicas o micosis profunda, se decidió su internación para estudiar y tratar.

Durante la internación, se descartó compromiso del sistema nervioso central mediante tomografía axial computada (TAC) de alta resolución de cerebro (normal) y fondo de ojo (normal). Se realizó TAC de tórax, que informó mediastino sin adenopatías, parénquima pulmonar con múltiples nódulos pequeños bien

definidos bilaterales, nódulos centrolobulillares aislados con áreas de consolidación parcheadas asociadas a vidrio esmerilado (Figura 3). Dosaje

FIGURA 2. Radiografía de tórax: infiltrado micronodulillar bilateral.



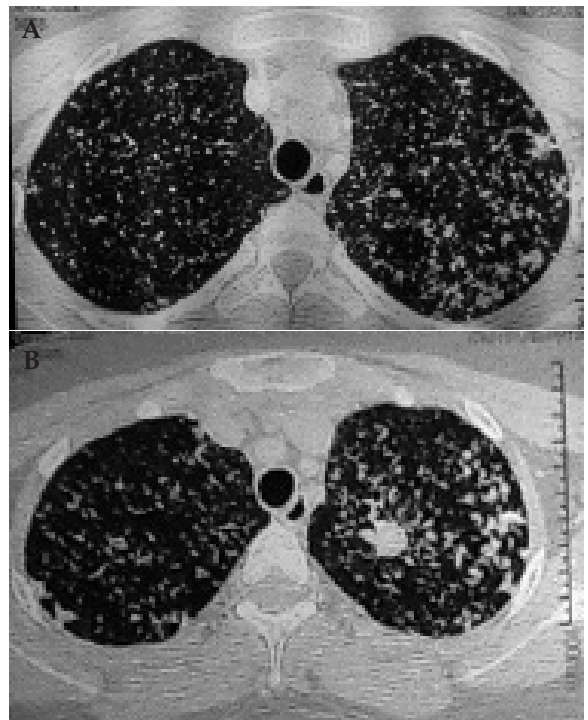
FIGURA 1. Examen de fauces: se visualizan placas blanquecinas adheridas difusas.



FIGURA 3. Tomografía axial computada de tórax.

A. Parénquima con múltiples y pequeños nódulos bien definidos de distribución uniforme bilaterales.

B. En ambos lóbulos superiores, nódulos centrolobulillares confluentes con la imagen de árbol en brote.



de inmunoglobulinas y estudio de la inmunidad celular, normales. Se realizó laringoscopia y se observó epiglotis edematizada, cuerdas vocales libres y móviles.

Se recibió una muestra de esputo con baciloscopia positiva. Con diagnóstico de tuberculosis, se indicó tratamiento con drogas antituberculosas: 2 meses de isoniazida, rifampicina, etambutol, pirazinamida, seguidos de 7 meses de isoniazida y rifampicina. La paciente recibió tratamiento supervisado 21 días, con buena evolución clínica y resolución total de los síntomas (*Figura 4*). Se otorgó el egreso hospitalario con seguimiento ambulatorio por Neumonología y Otorrinolaringología. Se confirmó el diagnóstico mediante el aislamiento de *Mycobacterium tuberculosis*, sensible a drogas de primera línea, de las muestras de esputo de la paciente.

Se estudiaron los contactos con radiografía de tórax y PPD, que fueron negativos.

## DISCUSIÓN

La tuberculosis es una de las principales causas de enfermedad y mortalidad por un agente infeccioso en el mundo.<sup>14</sup> La Organización Mundial de la Salud estima que, en el año 2013,

550 000 niños menores de 15 años enfermaron de tuberculosis y 80 000 niños seronegativos para el VIH murieron a causa de esta enfermedad.<sup>5</sup> La tuberculosis en la infancia pone de manifiesto la existencia de enfermos bacilíferos entre la población, y los adolescentes se constituyen como un grupo numeroso entre los afectados, con un riesgo especial para contraer la enfermedad con formas clínicas graves y contagiosas, como el caso de nuestra paciente.<sup>2</sup>

La localización de tuberculosis extrapulmonar más común son los ganglios linfáticos, mientras que la afectación faríngea es rara y comprende menos del 1% de los casos.<sup>2,6,7</sup> Las lesiones por tuberculosis de la cavidad oral y nasofaríngea pueden ser primarias o secundarias a una lesión pulmonar.<sup>6</sup>

Por lo general, son consecuencia de la diseminación directa (por medio de la expectoración e inhalación de bacilos) o hematogena (que es la más frecuente).<sup>4,7</sup> Probablemente, esta última haya sido el caso de la paciente que presentamos. En la literatura, se han comunicado varias formas clínicas de presentación de la tuberculosis faríngea.<sup>3,4,7,8</sup> Los pacientes pueden ser completamente sanos, sin historia de contacto, y presentar odinofagia como síntoma inicial. Es muy común que se acompañe de adenopatías cervicales. Otras manifestaciones, que pueden observarse si se afecta la nasofaringe, son la epistaxis, la congestión nasal, la tos crónica, el goteo posnasal y la insuficiencia ventilatoria nasal.<sup>3</sup> La expresión aguda más característica es la llamada "tuberculosis miliar de Isambert", en la que toda la faringe y la base lingual, hasta el vestíbulo laríngeo, están sembradas de pequeñas granulaciones grises, luego amarillentas, que se asientan sobre una mucosa pálida. Estas lesiones confluyen y se ulceran, y se manifiestan como una persistente odinofagia.<sup>8,9</sup>

En la literatura, se han comunicado casos de compromiso faríngeo en niños y adolescentes sin lesión pulmonar tuberculosa activa.<sup>4,6,7,8,10,11</sup> Algunos pacientes consultaron por un cuadro infeccioso de vías aéreas superiores de varios meses de evolución sin respuesta a tratamientos convencionales y odinofagia, con lesiones ulceroproliferativas en la úvula, el paladar blando y la pared posterior de la faringe.<sup>6-8</sup> Otros consultaron por adenopatías laterocervicales, agrandamiento y congestión de amígdalas,<sup>10,11</sup> y, en un adolescente, se observó una masa nasofaríngea con linfadenopatías cervicales bilaterales.<sup>4</sup> En todos los casos, el diagnóstico

FIGURA 4. Examen de fauces a los 21 días de tratamiento, con franca mejoría de las lesiones.



se realizó mediante biopsia de las lesiones, que mostró imágenes histopatológicas de granulomas no caseificantes y, en algunos casos, bacilos Ziehl-Neelsen positivos. Ninguno de estos casos presentaba compromiso pulmonar.

Hemos encontrado una publicación de tuberculosis faríngea pediátrica en el contexto de una enfermedad pulmonar activa, como en el caso que presentamos.<sup>12</sup> Nuestra paciente tenía lesiones pulmonares diseminadas bilaterales, de tipo miliar, pero la sintomatología que motivaba la consulta era la afección faríngea. Según un estudio realizado en Sudáfrica, el compromiso pulmonar puede verse en la radiografía de tórax en menos del 20% de los casos y la adenopatía hiliar, en el 50%. Estos autores también mencionan que solo el 12-30% de los pacientes con tuberculosis nasofaríngea tienen síntomas generales, como fiebre o pérdida de peso.<sup>13</sup>

Los diagnósticos diferenciales para considerar cuando observamos lesiones en la cavidad oral y la faringe son las úlceras traumáticas, aftas, trastornos hematológicos, actinomicosis, sífilis, infección fúngica, granuloma de línea media, enfermedad de Wegener y procesos malignos.<sup>3,4,6,10,13</sup> El diagnóstico definitivo se realiza mediante el estudio histológico de la biopsia de la lesión y el aislamiento de la micobacteria. Es importante la identificación de esta última, ya que el hallazgo de bacilos ácido-alcohol resistentes puede deberse a una infección causada por micobacterias no tuberculosas.<sup>14</sup> En el caso que presentamos, al recibir las baciloscopías de esputo positivas y las imágenes de compromiso pulmonar diseminado, no se realizó la biopsia de las lesiones. Se decidió iniciar tratamiento y tomar una conducta expectante. El proceso faríngeo mejoró con el tratamiento antituberculoso en pocas semanas, y se recibió luego el cultivo positivo para *Mycobacterium tuberculosis* sensible a fármacos de primera línea.

La tuberculosis nasofaríngea es, muchas veces, subdiagnosticada debido a los signos y síntomas sutiles en la mayoría de los casos. Nuestra paciente consultaba por odinofagia como síntoma principal, acompañado de fiebre intermitente, tos y astenia. Se resalta la importancia de tener presente, como diagnóstico diferencial, la tuberculosis ante toda faringitis

sin respuesta al tratamiento convencional y de larga evolución, dado que es una enfermedad transmisible con muy buen resultado si se trata adecuada y oportunamente. ■

## REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Notificación de casos de tuberculosis en la República Argentina. Período 1980-2012. [Acceso: 27 de enero de 2015]. Disponible en: [http://www.anlis.gov.ar/iner/wp-content/uploads/2014/03/Notificaci%C3%B3nTB\\_2012\\_web.pdf](http://www.anlis.gov.ar/iner/wp-content/uploads/2014/03/Notificaci%C3%B3nTB_2012_web.pdf).
2. Marais BJ, Gie RP, Schaaf HS, Hesselning AC, et al. The natural history of childhood intra-thoracic tuberculosis: a critical review of literature from the pre-chemotherapy era. *Int J Tuberc Lung Dis* 2004;8(4):392-402.
3. Patil C, Kharat Patil R, Deshmukh P, Biswas J, et al. Primary tuberculosis of nasopharynx (adenoid) - a rare presentation. *Asian Pac J Trop Med* 2013;6(3):246-8.
4. Monteiro D, Lino J, Cardoso C, Gonçalves Ferreira M, et al. Tuberculose nasofaríngea - A propósito de um caso clínico. *Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia e cirurgia cérvico-facial* 2012;50(4):353-6.
5. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la tuberculosis 2013. Ginebra, 2013. [Acceso: 27 de enero de 2015]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/103227/1/WHO\\_HTM\\_TB\\_2013.15\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/103227/1/WHO_HTM_TB_2013.15_spa.pdf).
6. Chavolla R, Fajardo Dolci G, Hernández JF, Ysunza A, et al. Primary tuberculosis of the tonsil. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol Extra* 2006;1(2):150-3.
7. Ghatak S, Jana T, Bandyopadhyaya S, Biswas SK. Primary oropharyngeal tuberculosis causing destruction of uvula. A rare presentation. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol Extra* 2010;5(2):91-2.
8. Ziad T, Nouri H, Adny A, Rochdi Y, et al. Miliare tuberculose aiguë du pharynx ou maladie d'Isambert: à propos d'un cas. *Arch Pediatr* 2013;20(1):41-3.
9. Bertelli JA. Tuberculosis en otorrinolaringología. En Cátedra de Tisiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. *Tisiología*. 3ª ed. Buenos Aires: EUDEBA; 1977. Págs.173-81.
10. Prasad P, Bhardwaj M. Primary tuberculosis of tonsils: a case report. *Case Rep Med* 2012;2012:120382.
11. Tas E, Sahin E, Vural S, Turkoz H, et al. Upper respiratory tract tuberculosis: our experience of three cases and review of article. *The Internet Journal of Otorhinolaryngology*. 2006;6(1). [Acceso: 11 de diciembre de 2014]. Disponible en: <https://ispub.com/IJORL/6/1/10217>.
12. Rakotoarisoa AH, Andrianarivelo AM, Razafimanja NN, Ramarozatovo NP, et al. Un cas de tuberculose disséminée révélée par une localisation pharyngée. *Rev Med Madag* 2011;1(2):33-5.
13. Van Lierop AC, Prescott CA. Is routine pathological examination required in South African children undergoing adenotonsillectomy? *S Afr Med J* 2009;99(11):805-9.
14. Durucu C, Baglam T, Karatas E, Oz A, et al. Simultaneous mycobacterial infection of tonsil and cervical lymph node: evidence to portal of entry. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol Extra* 2010;5(3):97-8.