

PRESENTACIÓN DE CASO

Tuberculosis amigdalina

Tonsillar tuberculosis

Joel Ramón Sánchez Portela¹, Luanda Sánchez Cámara², Elvis Crespo Ledesma³

¹Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral. Máster en Enfermedades Infecciosas. Asistente. Centro Municipal de Higiene y epidemiología. San Cristóbal. Artemisa. Correo electrónico: cmhe@princesa.pri.sld.cu

²Licenciada en Microbiología. Asistente. Centro Municipal de Higiene y Epidemiología. San Cristóbal. Artemisa.

Correo electrónico: luandasc@princesa.pri.sld.cu

³Licenciada en Enfermería. Máster en Enfermedades Infecciosas. Instructora. Policlínico Docente Camilo Cienfuegos. San Cristóbal. Artemisa.

Correo electrónico: elvis71@princesa.pri.sld.cu

Aprobado: 8 de mayo del 2013.

RESUMEN

La tuberculosis pulmonar es la enfermedad infecciosa que mayor número de muertes produce a nivel mundial, unidad al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y la Malaria. Se estima que un tercio de la población mundial está infectada por la *Mycobacterium tuberculosis*. Aunque su localización más frecuente es pulmonar, puede afectar todos los órganos y sistemas, produciendo las mayores complicaciones en los niños menores de cinco años. Presentamos un caso de tuberculosis amigdalina en un paciente de 74 años de edad, que fue atendido en el nivel primario de atención y en el Hospital General Comandante Pinares del municipio San Cristóbal, en el año 2012, por presentar dificultad respiratoria progresiva, pérdida de peso, odinofagia y crecimiento bilateral de las amígdalas palatinas. Se realizaron los estudios clínicos, imagenológicos, microbiológicos y anatomopatológicos correspondientes que confirmaron el diagnóstico, concluyendo que estamos en presencia de una tuberculosis extrapulmonar de rara localización, la que curó con el tratamiento establecido en el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis en Cuba.

DeCS: Tuberculosis; Tuberculosis laríngea; Enfermedades pulmonares.

ABSTRACT

Pulmonary tuberculosis is the infectious disease having the greatest rates of death all over the world along with Acquired Immunodeficiency Virus and Malaria. It is estimated that a third part of the population all over the world is affected by Mycobacterium tuberculosis. Although lungs are more frequently affected, it can involve all the organs and systems provoking the major complications in children younger than 5 years old. A case of a 74-year old patient attending to the Primary Health Care at "Comandante Pinares" General Hospital in San Cristobal municipality presented progressive respiratory distress, loss of weight, odynophagia and bilateral growth of palatal tonsils. To determine it: clinical, imaging, microbiological and pathological studies were performed, the diagnosis confirmed the presence of extra pulmonary tuberculosis of rare location, the patient recovered from the illness with the treatment established by the National Program for the Control of Tuberculosis in Cuba.

DeCS: Tuberculosis; Tuberculosis laryngeal; Lung diseases.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una infección causada por Mycobacterium tuberculosis, identificado en 1882 por Robert Koch. Las formas clínicas más frecuentes son: pulmonar, ganglionar, renal y meníngea. Aproximadamente, el 84% de los pacientes en tratamiento se cura, 2,5% muere y 13,5% se registran en los conceptos de retratamiento primario o traslado a otra unidad de atención.

Los niños menores de 5 años tienden a desarrollar las formas más graves de tuberculosis, las cuales se asocian con altos porcentajes de mortalidad. Las formas extrapulmonares representan el 12% de todos los casos en la infancia.

La Tuberculosis Pulmonar en la edad pediátrica presenta características peculiares en cuanto a su abordaje, su patogenia, su presentación clínico-radiológica y la posibilidad de confirmación microbiológica e implicaciones epidemiológicas, que la distingue de las formas del adulto.

El rédito bacteriológico en la infancia es escaso dada la naturaleza paucibacilar de las lesiones, a lo que se agrega la problemática de la recolección de las muestras para su estudio microbiológico. Por lo tanto, la epidemiología de la Tuberculosis Pulmonar primaria en el niño no tiene injerencia en la cadena de transmisión, sino que constituye una advertencia para la búsqueda activa y exhaustiva de un caso bacilífero cercano.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, un tercio de la población mundial está infectada y cada segundo se produce en el mundo una nueva infección.¹⁻³

La presencia de manifestaciones clínicas generales y su relación con áreas donde esta enfermedad es endémica, posibilitan el diagnóstico de la misma cuando su localización es extrapulmonar, si embargo en nuestro país, la tasa de incidencia de tuberculosis es baja, tanto para las formas pulmonares como extrapulmonares, lo que implica una gran pericia por parte del médico para establecer el diagnóstico. ⁴

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 74 años de edad, con antecedentes de salud anterior e historia de fumador activo por más de 55 años, que hace cuatro meses, comenzó a presentar dificultad respiratoria progresiva, acompañado de expectoración blanquecina y odinofagia. Refiere además pérdida de aproximadamente 11 kilogramos de peso durante los últimos siete meses y febrículas en horario vespertino. Recogemos el antecedente de haber presentado ocho semanas antes de asistir a consulta médica, aumento de volumen de los ganglios linfáticos cervicales y submaxilares.

El examen físico del aparato respiratorio arrojó la presencia de estertores roncós y sibilantes, disminución del murmullo vesicular en ambos campos pulmonares y estridor respiratorio. A nivel de orofaringe se observó crecimiento bilateral de las amígdalas palatinas, que se consideró la causa de los trastornos para la deglución, motivo por el cual se interconsultó con otorrinolaringología.

Los complementarios realizados mostraron los siguientes resultados:

Hb: 12,5 g/l

Ltos: $8,5 \times 10^3 / \text{mm}^3$

Hemocultivo: Negativo

Velocidad de sedimentación: 102 mm/l

Exudado nasofaríngeo: Negativo

Espujo BAAR I, II y III con cultivo: Negativo a *Micobacteria tuberculosis*.

Imagenología

Rx de tórax: Reforzamiento de la trama broncopulmonar a nivel de ambos hilios. Signos radiológicos de enfisema pulmonar.

Anatomía patológica

Biopsia amigdalina (ambas amígdalas): Lesión granulomatosa de etiología tuberculosa.

Se interconsultó el paciente con la comisión provincial del programa de control de tuberculosis, concluyéndose que estábamos en presencia de un caso de tuberculosis extrapulmonar de localización amigdalina, por lo cual se realizó notificación y se impuso tratamiento, según pautas establecidas en el Programa Nacional, o sea se incluyó al paciente en la categoría III de tratamiento, que es la

aplicada a casos nuevos de tuberculosis extrapulmonar, considerados como formas menos graves, administrándosele por un período de durante diez semanas Isoniacida, Rifampicina y Prirazinamida y posteriormente complementando esta primera fase, con una segunda fase de veinte semanas de duración a base de Isoniacida y Rifampicina. Finalizado el tratamiento medicamentoso se comprobó mediante examen físico la resolución del cuadro inicial.

DISCUSIÓN

La tuberculosis es la causa principal de muerte por enfermedad infecciosa en el mundo. Se ha estimado que existen, aproximadamente, 8,8 a 10 millones de nuevos casos de tuberculosis cada año, con una mortalidad anual de más de 1,6 millones.⁵

Es considerada una de las enfermedades infecciosas de notificación obligatoria que mayor número de pacientes reporta anualmente en Cuba. La forma más frecuente de localización es la pulmonar, diagnosticando el 88,4%, del total de casos confirmados durante el pasado año, mientras que la modalidad extrapulmonar, aportó 11,5% de los casos.⁴

La forma extrapulmonar es posible encontrarla en diferentes localizaciones.

Estudios realizados en diferentes países han reportado casos de tuberculosis cutánea, la que representa del 1 al 4% de las formas extrapulmonares, tuberculosis renal y urogenital (6,3%), tuberculosis abdominal (0,5%), tuberculosis prostática primaria (0,2%), tuberculosis pericárdica (0,5%), tuberculosis meníngea (8,3%) y otras situadas en localizaciones infrecuentes como tuberculosis ocular, intestinal, peritoneal, etc.^{2,3,6-10}

En la bibliografía revisada solamente se encontró evidencia del diagnóstico de un caso de tuberculosis laríngea en un escolar chileno durante el año 2006, lo que confirma lo excepcional de esta localización. Se estima que la misma aporta el 1% de los casos de tuberculosis extrapulmonar. Uno de los problemas relacionados con éste caso, fue que en la actualidad, la mayoría de los clínicos, pediatras y otorrinolaringólogos, no considera la tuberculosis laríngea, como entidad relevante en el diagnóstico diferencial de la disfonía, estridor o síntomas laríngeos, lo que provoca retraso en el diagnóstico¹¹.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Didier Cruz AI, Velázquez Serratos JR, Alexandre García A. Linfadenopatía tuberculosa. Diagnóstico y tratamiento: Informe de un caso. Arch. argent. pediatr. 2011 Abr; 109(2): 26-29.
2. Leite AL, Carvalho I, Tavares E, Vilarinho A. Tuberculose doença: Casuística de um serviço de pediatria no século XXI. Rev Port Pneumol. 2009 Oct; 15(5): 771-782.
3. Berta M, Sturm G, Juri L, Cosiansi MC, Barzón S, Barnes AI, et al . Diagnóstico bacteriológico de tuberculosis renal: experiencia del Laboratorio Regional de

Tuberculosis de la provincia de Córdoba. Rev. argent. microbiol. 2011 Sep; 43(3): 191-194.

4. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadística de Salud. Anuario Estadístico de Salud. 2011: 93.

5. Tapias-Vargas LF, Santamaría CM, Tapias-Vargas L, Tapias L. Perforación de íleon terminal y ciego causada por tuberculosis intestinal en un paciente positivo para VIH. Rev. Colomb. Cir. 2010 Dic; 25(4): 332-340.

6. González Resina R, Congregado Ruiz B, Medina López RA., Torrubia Romero FJ. Reconstrucción vésico-ureteral completa con íleon en un caso de tuberculosis genitourinaria. Actas Urol Esp. 2009 Jun; 33(6): 706-711.

7. Maestre Naranjo MA, Borda Olivas J, Ortega Hernández A, Tovar Benito E, Rodríguez de la Pinta ML, Daza Pérez RM. Tuberculosis cutánea por inoculación accidental. Med. segur. trab. 2009 Sep; 55(216): 65-70.

8. López Barón E, Gómez-Arbeláez D, Díaz-Pérez JA. Tuberculosis prostática primaria: Presentación de un caso y revisión de literatura. Arch. Esp. Urol. 2009 Mayo; 62(4): 309-313.

9. Eguíluz Lumbreras P, Palacios Hernández A, Heredero Zorzo O, Sánchez Fernández A, Urrutia Avisrorr M. Tuberculosis genitourinaria y osteoarticular (Mal de Pott). Arch. Esp. Urol. 2009 Mayo; 62(4): 314-316.

10. Moreira Carlos HT, Umeta Ricardo SG, Caffaro Silber MF, Meves R, Landim E, Avanzi O. Avaliação radiográfica do colapso sagital do Mal de Pott. Coluna/Columna. 2010 Dic; 9(4): 370-375.

11. González Marcela L, Lezana Viviana S, Donoso Paula A, Banda Rosa V, Moreno Tulio B. Tuberculosis laríngea diagnosticada en una escolar. Rev. chil. enferm. respir. 2006 Sep; 22(3): 196-200.

Dr. Joel Ramón Sánchez Portela. Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral. Máster en Enfermedades Infecciosas. Asistente. Centro Municipal de Higiene y epidemiología. San Cristóbal. Artemisa.
Correo electrónico: cmhe@princesa.pri.sld.cu
