

Úlcera de la mucosa oral: Una manifestación infrecuente de tuberculosis pulmonar

Llorente Arenas EM
Fernández Liesa R
Sevil Navarro J
Maltrana García JA
Fraile Rodrigo J

Servicio de Otorrinolaringología
Hospital Universitario
Miguel Servet. Zaragoza.

Oral mucosal ulceration: a manifestation of previously infrequent pulmonary tuberculosis

RESUMEN

La localización lingual de la tuberculosis es una forma de presentación extrapulmonar infrecuente y se suele manifestar como un proceso de apariencia maligna, resultando esencial el diagnóstico diferencial antes de iniciar un tratamiento anticanceroso.

Presentamos un caso clínico de tuberculosis en la lengua, como la primera manifestación de una tuberculosis pulmonar, evisando la sintomatología y el diagnóstico de la tuberculosis lingual.

PALABRAS CLAVE:

Tuberculosis. Cavidad Oral. Lengua.

SUMMARY

Tuberculosis tongue is a rare form of extrapulmonary tuberculosis and normally appears as an seemingly malignant process. As a result of which it is essential to perform a differential diagnosis before beginning anticancer treatment.

We present a clinical case of tongue tuberculosis, which was the first expression of a lung tuberculosis. A review the clinical manifestations and the diagnosis of tongue tuberculosis.

KEY WORDS:

Tuberculosis. Oral cavity. Tongue.

Introducción

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa sistémica y por ello cualquier órgano puede ser colonizado por el bacilo de Koch. Hace años su incidencia era alta, sin embargo, disminuyó de forma importante tras la aparición de la quimioterapia y las mejoras en la higiene, salud pública y estado nutricional de la población, aunque los actuales tratamientos y enfermedades inmunosupresoras, especialmente el SIDA (1), así como los flujos migratorios están aumentando de nuevo su importancia y prevalencia en nuestro medio (2), pues de hecho nos encontramos en una zona endémica.

Cerca de un 30% de las tuberculosis debutan por una manifestación primaria extrapulmonar (3) y de ellas las localizaciones otorrinolaringológicas más frecuentes son la laríngea y los ganglios cervicales que constituye un 50% de los casos (4). La localización orofaríngea es muy infrecuente, localizándose por orden decreciente en amígdala palatina (45% de los casos), pared faríngea posterior, pilares amigdalinos, paredes laterales, velo del paladar y lengua (5). Asimismo, la afectación de la nariz y senos paranasales es rara.

En general, el diagnóstico de estos pacientes puede resultar problemático y suele requerir biopsia de la lesión extrapulmonar cuando se trata de casos primarios o cuando se trata de la primera manifestación de una tuberculosis pulmonar.

Sin embargo, el tratamiento habitual de la tuberculosis ofrece unos resultados excelentes a nivel de la cavidad oral, que acaban habitualmente en una resolución total de la enfermedad (6). A pesar de ello, cabe destacar la aparición de un aumento de las resistencias a los diferentes fármacos tuberculostáticos, debidas sobre todo al incumplimiento terapéutico (7).

Caso clínico

Mujer de 32 años de edad, con antecedente de neumonía nosocomial hace 2 años que curó sin secuelas. Fumadora de 25 cigarrillos/día, bebedora de alcohol moderada, no ADVP.

Acudió a la consulta por presentar una lesión en el borde derecho de la lengua con dolor difuso en toda la lengua, de crecimiento progresivo, que dificultaba la deglución desde hacía un mes. La paciente refería además cansancio, debilidad y febrícula de dos meses de evolución, así como discreto aumento de los episodios de tos, con expectoración algo más espesa de lo habitual, que la paciente atribuía a su hábito tabáquico.

Exploración ORL

La exploración otorrinolaringológica era normal a excepción de la cavidad oral donde se objetivó una lesión ulcerosa irregular, dolorosa a la palpación, bordes hiperé-

micosis algo sobreelevadas con exudado blanco-amarillento en su interior localizada en el tercio posterior del borde lingual derecho (Fig. 1). En la palpación cervical se apreciaban pequeñas adenopatías laterocervicales en cadena yugulocarotídea, altas y bilaterales.

Se procedió a biopsiar la lesión, describiéndose en el informe anatomopatológico la presencia de inflamación granulomatosa tuberculoide con áreas de necrosis caseosa. La tinción de Ziehl-Neelsen evidenció la presencia de abundantes bacilos ácido-alcohol resistentes.



Exploraciones complementarias

Ante la sospecha histológica y clínica de posible proceso tuberculoso, la paciente fue remitida al Servicio de Infecciosos para completar el estudio.

La Radiografía de tórax ponía de manifiesto la afectación parenquimatosa de ambos lóbulos superiores, mayor en el lado derecho con componente fibroso y marcado engrosamiento de las paredes bronquiales y pequeño foco de condensación parenquimatosa apical derecho, todo ello sugestivo de tuberculosis pulmonar activa.

La prueba de intradermoreacción a la tuberculina (Mantoux) fue positiva.

El estudio microbiológico del esputo fue positivo para *Mycobacterium tuberculosis complex*, siendo en el estudio antimicrobiano resistente a Isoniacida y sensible a estreptomycin, etambutol y rifampicina.

La serología VIH fue negativa.

Con el diagnóstico de Tuberculosis pulmonar activa con lesión extrapulmonar localizada en lengua, se instauró tratamiento médico quimioterápico mediante asociación

de antituberculosos (Rifampicina 10 mg /Kg + piracinamida 30mg/Kg + etambutol 25mg /kg) durante seis meses consiguiéndose así la remisión de la enfermedad pulmonar y la curación completa de la lesión lingual antes de finalizar el tratamiento.

Discusión

Si bien en la era pre-antibiótica las lesiones extrapulmonares solían ser debidas a extensión por contigüidad, con el uso de tratamientos tuberculostáticos, las vías linfática y hematogena pasaron a ser más frecuentes, aunque actualmente, son las situaciones de inmunodepresión las que favorecen la aparición de lesiones extrapulmonares. (4).

La aparición de lesiones Tbc en la cavidad oral suele desarrollarse en varones de edad media posiblemente por su mayor predisposición a hábitos tóxicos(8) aunque lo habitual es que se trate de una afectación secundaria a un proceso pulmonar (aunque inicialmente no este diagnosticado). Sorprende la aparente contradicción del escaso número de pacientes con afectación oral, teniendo en cuenta la abundante presencia del bacilo *Mycobacterium* en el esputo de aquellos pacientes con tuberculosis pulmonar activa (9), esto podría explicarse por la posible existencia de mecanismos protectores en la saliva y en la mucosa de recubrimiento sugiriéndose la necesidad de algún factor previo local (erosión traumática, mala higiene oral, tabaquismo) o general debilitante (diabetes..). (10,11)

Dentro de las tres formas clásicas de presentación de la Tbc faríngea (12): miliar aguda o enfermedad de Isambert, crónica ulcerada y lupus faríngeo, la manifestación más frecuente en orofaringe es la Tbc crónica ulcerada, localizada en lengua y encía (13). La lesión oral suele ser poco dolorosa, con escasa o nula afectación del estado general, acompañada de una o varias adenopatías satélites indoloras de aparición más tardía.(14)

Aproximadamente el 1% de pacientes con tuberculosis pulmonar desarrollan lesiones granulomatosas tuberculoideas en la cavidad oral. (8,15).

Además de la infrecuencia de la Tbc faríngea en nuestro medio, la ausencia de un contexto tuberculoso en el 50% de los pacientes, la ausencia de enfermedad pulmonar conocida, la asociación con hábitos alcohólico-tabáquicos y la frecuente aparición de adenopatías cervicales palpables generalmente orienta el diagnóstico hacia una lesión maligna (5,8), siendo el estudio histológico de la lesión el que determina la etiología certera de la lesión al demostrar la presencia del *Mycobacterium* en el tejido obtenido mediante biopsia.

En ocasiones el diagnóstico puede ser aun más complicado, ya que la necrosis o la superficialidad de la biopsia pueden dar como resultado un patrón histológico inespecífico, y como la verificación de Tbc no excluye su asociación con un carcinoma (13), se debe repetir varias veces la toma biopsica, no iniciando una terapia anticancerosa sin la confirmación histológica de malignidad. (16)

El diagnóstico diferencial también habrá que establecerlo con el resto de procesos granulomatosos (sífilis, sarcoidosis, actinomicosis...), úlcera traumática o aftosa, amigdalitis de Plaut-Vincent, enfermedad hematológica... (13,14)

El tratamiento de la Tbc faríngea no precisa pautas particulares con relación al tratamiento de la Tbc pulmonar, siendo básicamente médico. La aplicación de quimioterapia antituberculosa, asociando varios fármacos durante periodos variables de seis a doce meses, obtiene una respuesta clínica muy favorable a las pocas semanas de su instauración. En los casos de persistencia de adenopatías satélites o las formas diseminadas graves por estenosis cicatricial podría ser preciso el tratamiento quirúrgico.

La conclusión práctica de todo lo expuesto es que se debe considerar la posibilidad de Tbc cuando nos encontremos con lesiones (úlceras, fisuras, ..) de vías aerodigestivas superiores, por lo cual deberemos realizar una biopsia. Si existe la sospecha de Tbc, parte del material obtenido podría enviarse a microbiología para su cultivo en medios especiales. Si el resultado anatomopatológico resultará inespecífico o incluso positivo de granuloma tuberculoso, pero la evolución con el tratamiento no es buena, se deben repetir las biopsias. La radiografía de tórax puede poner de manifiesto la presencia de una Tbc pulmonar que podría haber pasado inadvertida clínicamente.

Bibliografía

1. Grupo de trabajo sobre tuberculosis. Consenso nacional para el control de la tuberculosis en España. *Med. Clin. (Barc)*. 98:24-31. 1992.
2. Lee, K.C.; Schecter G. Tuberculosis infections of the head and neck. *Ear Nose Throat J*. Jun. 74(6): 395-399. 1995.
3. Crovetto MA, Fiz LM, Baralla-Echaburu J, Lopez JI.: Otitis media tuberculosa. A propósito de un caso. *Acta Otorrinolaring. Esp.* (47)63-66. 1996.
4. Sancipriano JA, García FJ, Santa Cruz S, Suarez S, AguirreV.: Extensión de la tuberculosis pulmonar en ORL A propósito de un caso. *ORL-Dips.* (22);171-174. 1995.
5. Moulouguet L, Delguidice P, Chauvin JL. L'angine tuberculeuse. A propos d'un cas au Sénégal. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac.* (112);78-9. 1995.
6. Fortun J.; Sierra C.; Raboso E.; Perez C.; Plaza G.; Navas E.; Gómez-Mampaso E.; Guerrero A. Tuberculosis del área otorrinolaringológica: formas laríngeas y extralaríngeas. *Enferm. Infecc. Microbiol. Clin.* Jun-Jul 14(6): 352-356.1996.
7. Rogasi P.G.; Vigano S.; Leoncini F. La terapia della tuberculosis oggi: prescrivere non e curare. *Descrizione di un caso. Ann Ital. Med. Int.* Jul-Sept. 11(3):211-215.1996.
8. Sezer B., Zeytinoglu M.; Tuncay U.; Unal T. Oral mucosal ulceration: a manifestation of previously undiagnosed pulmonary tuberculosis. *J Am Dent Assoc.* Mar 135(3): 336-340. 2004.
9. Marcos M.; Benito J.I.; Blasco M.J.; Morais D.; Ramírez B. Tuberculosis orofaríngea. A propósito de un caso en amígdala lingual. *Acta Otorrinolaring. Esp.* 50(7):575-578. 1999.
10. Adiego M.I.; Millán J.; Royo J.; Domínguez L.; Castellote M.A. Alfonso J.I.; Vallés H. Unusual association of secondary tonsillar and cerebral tuberculosis. *J Laryngol Otol* 108:348-349. 1994.
11. Aguirre F.; Fuertes A.; Guillén V.S.; Santa Cruz S.; Fernández-Matamoros I.; Pérez C.; Arévalo A. *Anales ORL Iber-Amer XXVII* (2)111-118. 2000.
12. Zanaret M.; Dessi P. Tuberculose pharyngée. *Encycl Méd Chir Paris-Oto-Rhino-Laryngologie A-10* :20575.1992.
13. Eng H.L.; Lu S.Y.; Yang C.H.; Chen W. Oral tuberculosis. *Oral Surg Oral Med Pathol Oral Radiol Endod.*81 :415-420. 1996.
14. Von Arx D. P.; Husain A. Oral tuberculosis *British Dental Journal.* 190(8), 420-422. 2001.
15. Cevallos A.; Aguirre, J.M.; Bagan J.V. Oral manifestations associated with human immunodeficiency virus infection in a Spanish population. *J. Oral Pathol Med.* Nov 25(10):523-526.1996.
16. Gay C, Buenechea R. Tuberculosis oral: presentación de tres casos. *Rev Actual Odontoesromatol Esp.* Jan-Feb 51 (400):415-420. 1991.

Correspondencia

Eva María Llorente Arenas
Vía Hispanidad, 71, portal 5 - 3.º B
50010 Zaragoza