

Tuberculosis de cabeza y cuello: nuestra experiencia

Head and neck tuberculosis: our experience.

RESUMEN

Objetivos: Estudiar las diferentes formas de presentación de la tuberculosis de cabeza y cuello, discutiendo sus dificultades diagnósticas. Material y Métodos: Presentamos un análisis retrospectivo de las infecciones tuberculosas de cabeza y cuello diagnosticadas en nuestro hospital, entre los años 2000 y 2012. Resultados: Hemos encontrado 22 pacientes (12 mujeres y 10 varones), con edades comprendidas entre 14 y 92 años, con una edad media de 50 años. La forma de presentación más común fue la adenopatía cervical con 15 casos, seguida de la afectación laríngea (3 casos), otitis media (2 pacientes), nasofaríngea (1 paciente) y un mal de Pott cervical. Presentaron afectación del estado general 7 pacientes, e infección pulmonar 10. El diagnóstico se estableció mediante la visión de bacilos ácido-alcohol resistentes en 13 pacientes, cultivo positivo en 8, y estudio histológico de granulomas con caseosis muy sugestivo de TBC en todos. Todos ellos fueron tratados con tuberculostáticos con buena respuesta al tratamiento.

PALABRAS CLAVE:

Tuberculosis cabeza cuello.

SUMMARY

Objective: To increase the awareness of the different presentations of head and neck tuberculous infections, and discuss its diagnostic difficulties. Methods: Retrospective analysis of head and neck tuberculous infections diagnosed in our hospital, between 2000 and 2012. Results: The study group consisted in 22 patients (12 females and 10 males), between 14 and 92 years old with a mean age of 50 years. The most common presentation was cervical lymphadenitis with 15 cases, followed by laryngeal presentation (3 cases), otitis media (2 cases), nasopharyngeal (one patient) and one Pott's disease. Constitutional symptoms were recorded in 7 cases and pulmonary disease was present in 10 patients. The diagnosis was established on the basis of positive smear for acid-fast bacilli in 13 patients, positive culture in 8 patients and caseating granuloma consistent with tuberculosis in all patients. They all had a good response to treatment.

KEY WORDS:

Head neck tuberculosis.

Introducción

Durante las últimas décadas, se ha producido un aumento de la incidencia de la tuberculosis en los países desarrollados, que podría explicarse por la aparición de cepas resistentes, la migración de poblaciones procedentes de áreas endémicas, la existencia de focos de pobreza en las grandes ciudades, el incremento de población inmunodeprimida por tratamiento con inmunosupresores y la presencia del SIDA.

Aunque la tuberculosis puede afectar a cualquier órgano, sólo un 20% de los casos son extrapulmonares. Estos son mucho más comunes en pacientes inmunodeprimidos, en los que entre un 50 y 80% de los casos la afectación es extrapulmonar¹.

La afectación del territorio ORL tiene como manifestación más frecuente la linfadenitis cervical, que supone el 95% de los casos², siendo el resto de localizaciones, laringe, oído, fosas nasales, faringe o cavum tan solo el 1%.

Material y Métodos

Presentamos un análisis retrospectivo de pacientes con tuberculosis en cabeza y cuello, diagnosticados en nuestro servicio entre los años 2000 y 2012.

Los criterios de inclusión, coincidiendo con la literatura³, fueron al menos uno de los siguientes: 1) presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes; 2) cultivo positivo; y 3) estudio histológico que demostrara la presencia de granulomas con células gigantes multinucleadas y áreas de necrosis muy sugestivo de TBC con prueba de tuberculina positiva y buena respuesta al tratamiento tuberculostático.

En todos ellos estudiamos edad, sexo, antecedentes personales, familiares y de contacto con TBC, clínica de inicio, órgano afecto, pruebas complementarias realizadas para el diagnóstico, asociación con TBC pulmonar y tratamiento.

Resultados

Encontramos 22 pacientes, 10 varones y 12 mujeres, con edades comprendidas entre 14 y 92 años, prevaleciendo individuos jóvenes, con una edad media de 50 años.

La forma de presentación más frecuente fue la adenopatía cervical, con 15 casos (71%), seguido de la localización laríngea con 3 casos, ótica con 2 casos, rinofaríngea con 1 caso, y de columna cervical con 1 caso.

Todos los pacientes con linfadenitis acudieron a la consulta por aumento de tamaño ganglionar, refiriendo además dolor 3 (13%), afectación del estado general 4 (18%), fiebre 5 (23%) y pérdida de peso 2 (9%).

Se realizaron 13 PAAF dando resultados citológicos sugerentes en el 50% de los casos. En los 15 se realizó exéresis de una adenopatía siendo la baciloscopia positivas en 8 (54%) y el cultivo positivo en el 6 (42 %).

La asociación con TBC pulmonar fue de 5 casos, 3 de ellos presentaban lesiones residuales o antiguas en la radiografía de tórax o TAC torácico y en 2 las lesiones eran activas.

Uno de los pacientes presentó afectación pulmonar, ganglionar e intestinal (íleon terminal) de forma concomitante.

Únicamente existía constancia de contacto con familiar enfermo de TBC en uno de los pacientes, 2 de ellos presentaban infección por virus VIH y 5 venían de países subdesarrollados.

El grupo de laringitis tuberculosa corresponde a 3 varones de 39, 61 y 78 años, que presentaban sintomatología desde 4-6 meses antes. Todos ellos referían disfonía como principal sintomatología y uno de ellos asociaba tos, expectoración blanquecina, odinofagia y pérdida de peso. Por fibroendoscopia la imagen fue en uno de ellos neoformación ulcerada en tercio posterior de cuerda vocal derecha, en el segundo de hiperemia laríngea con ulceraciones cubiertas por fibrina y en el tercero de neoformación epiglótica y de repliegue aritenoepiglótico con destrucción de borde libre de epiglotis, cuerda vocal izquierda fija y adenopatías cervicales bilaterales.

Los 3 eran fumadores importantes y 2 de ellos con hábito enólico.

En los 3 pacientes se realizó microcirugía de laringe con toma de biopsias. La baciloscopia fue positiva en los tres, y la Rx de tórax en 2 de ellos. El cultivo en medio de Lowenstein fue negativo en los tres casos. Un paciente refería contacto con un familiar afecto de neumonía de origen tuberculoso.

En un paciente tuvimos afectación nasofaríngea. Se trataba de un varón inmigrante de 37 años, que acudió por insuficiencia respiratoria nasal y adenopatías cervicales desde 2 años antes, sin otras manifestaciones clínicas. En la fibroendoscopia se apreció una masa en cavum y múltiples adenopatías bilaterales, submaxilares y en ambas cadenas yugulares internas. En el TAC torácico existía un granuloma en vértice pulmonar.

La biopsia de cavum y de una adenopatía mostró numerosos granulomas con histiocitos epitelioides, células gigantes multinucleadas y áreas de necrosis. No se identificaron bacilos ácido-alcohol resistentes con la técnica de Ziehl-Nielsen. El cultivo fue positivo. Este paciente, inmunocompetente, no refería contacto anterior con personas enfermas.

Dos pacientes sufrieron otitis media tuberculosa. El primero fue un varón de 30 años, que había estado en contacto con un enfermo bacilífero, desarrollando él mismo una TBC pulmonar activa, y coincidiendo con ella aparecieron otorreas izquierdas intermitentes, una perforación timpánica subtotal e hipoacusia de transmisión. La baciloscopia de esputo y el cultivo fueron positivos.

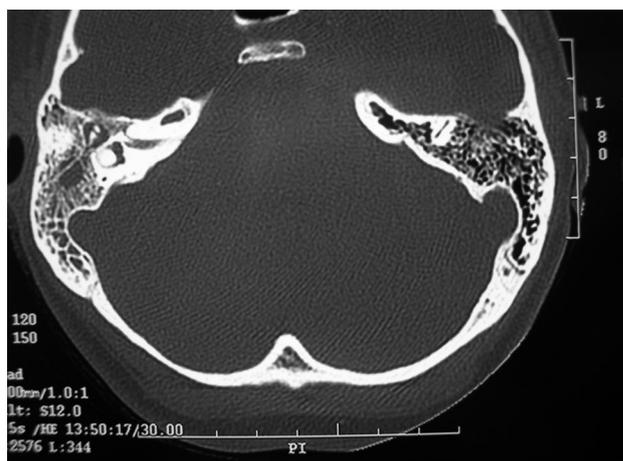


Figura 1: TAC peñascos: otomastoiditis derecha.



Figura 2: Gran tumoración detrás del músculo esternocleidomastoideo izquierdo correspondiendo a un absceso frío tuberculoso.



Figura 3: TAC cervical: amplia colección, rodeada de cápsula que se realza con contraste (flecha) y tejido inflamatorio con destrucción de cuerpo vertebral (estrella).

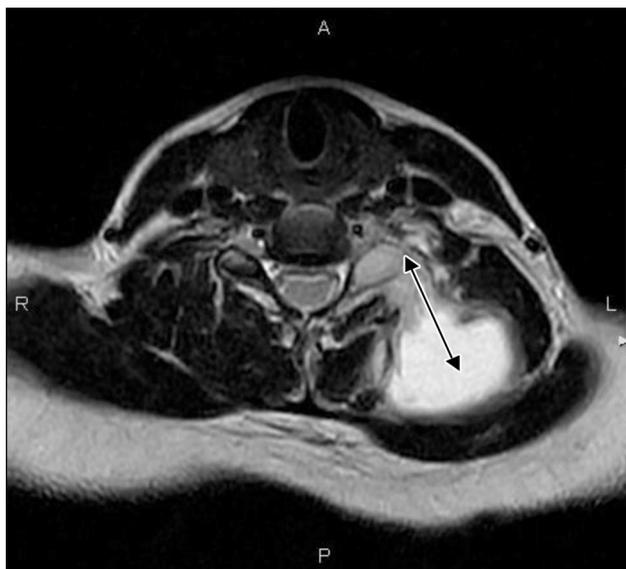


Figura 4: RMN corte axial en T2. Amplia colección heterogénea, hipodensa, localizada en el espacio paravertebral izdo. La colección tiene una pared gruesa que se realza con contraste y produce destrucción vertebral en C5 y C6, con ensanchamiento del agujero de conjunción pero sin invasión del canal medular (flecha).

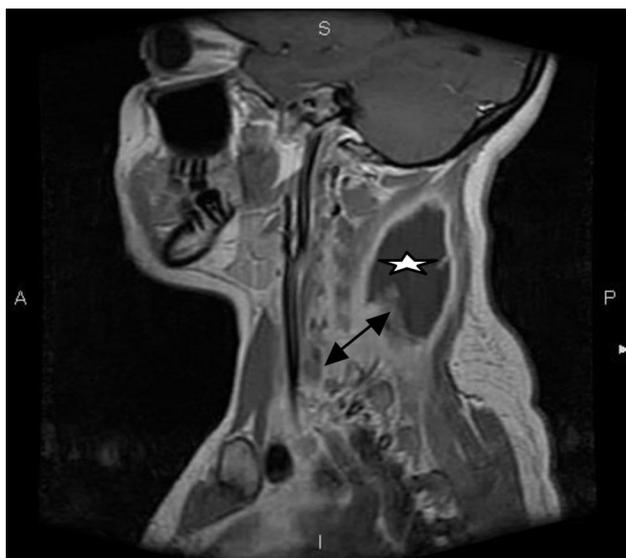


Figura 5: RMN sagital en secuencia T1. Observamos la colección (estrella) con una cápsula que se realza por el contraste, con extensión hacia el canal medular (flecha de doble punta).

El segundo fue una mujer de 29 años, que debutó con otalgia, acúfeno y otorrea derecha de 6 meses de evolución, con una perforación timpánica anteroinferior y en la audiometría una hipoacusia de transmisión. Cinco meses más tarde comenzó con un cuadro vertiginoso, cefalea occipital y dolor de nuca y hombros con febrícula. El TAC (Fig.1) mostró una mastoiditis derecha por lo que se realizó una timpanoplastia, siendo el informe anatomopatológico de granulomas con centro necrótico, células epitelioides en empalizada y células gigantes de tipo Langhans. En Rx de tórax aparecieron granulomas calcificados en vértice pulmonar. Tanto la baciloscopia como el cultivo fueron negativos. Esta paciente refería haber tenido un contacto tuberculoso 12 años antes, por lo que había recibido tratamiento con isoniacida durante 6 meses.

Una paciente presentó un absceso cervical con afectación ósea a nivel de columna. Se trataba de una mujer de 30 años que acudió por una tumoración dolorosa localizada detrás del tercio superior del músculo esternocleidomastoideo izquierdo, sin signos inflamatorios locales (Fig.2), a pesar de que la PAAF hablaba de un proceso inflamatorio agudo, supurado. El TAC (Fig.3) y la RMN (Fig.4 y 5) mostraron una masa quística multiseptada, de pared gruesa, localizada en la porción paraespinal del espacio perivertebral izquierdo y con origen a la altura de C5 y C6, donde producía un aumento del agujero de conjunción, con alteración lítica ósea secundaria, extendiéndose hasta una altura de C1 y C2. Se extrajo el contenido del absceso siendo la baciloscopia negativa y el cultivo positivo. Esta paciente, inmigrante, no tenía afectación pulmonar ni refería contactos anteriores con persona enferma.

Destacamos que del total de 22 pacientes, 12 tuvieron una Rx de tórax completamente normal, apreciamos lesiones residuales antiguas en 5 y enfermedad pulmonar activa en otros 5 (Tabla I).

Todos los pacientes, tras su diagnóstico, recibieron tratamiento con la asociación de tres fármacos tuberculostáticos durante 2 meses (rifampicina, isoniacida y pirazinamida), seguido de 4 meses de tratamiento con rifampicina e isoniacida. En algun caso se asoció etambutol por provenir el enfermo de áreas con gran incidencia de la enfermedad. Todos respondieron satisfactoriamente al tratamiento.

Del total de 22 pacientes dos de los ellos eran VIH positivos (ambos presentaron la forma clínica de linfadenitis cervical), y ninguno estaba en tratamiento inmunosupresor, aunque 7 de ellos procedían de países subdesarrollados con alta incidencia de TBC.

Tabla I: Distribución de la distinta localización de afectación tuberculosa en nuestros pacientes y sus características clínicas.

| | LINFADENOPATÍA | LARINGE | OTICA | NASOFARINGE | VERTEBRAL |
|---------------------------|---------------------|----------|---------|----------------------------------|---------------------|
| NUMERO DE PACIENTES | 15 | 3 | 2 | 1 | 1 |
| MANIFESTACIONES GENERALES | 5 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| CLINICA | Tumoración cervical | Disfonía | Otorrea | Insuficiencia respiratoria nasal | Absceso frío. Dolor |
| RX TORAX PATOLOGICA | 5 | 2 | 2 | 1 | 0 |
| BACILOSCOPIA | 8 | 3 | 1 | 0 | 1 |
| ANATOMIA PATOLOGICA | 15 | 3 | 1 | 1 | 0 |
| CULTIVO | 6 | 0 | 1 | 1 | 1 |
| INMUNODEFICIENCIA | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Discusión

Infección causada por *Mycobacterium tuberculosis*, afecta principalmente a pacientes jóvenes con mayor incidencia entre 25 y 34 años. Nuestra media de edad es más alta, posiblemente por el envejecimiento de la población en nuestro medio.

La afectación otorrinolaringológica es infrecuente, lo que unido a la inespecificidad de los síntomas y a la baja incidencia de afectación pulmonar simultánea hace que el diagnóstico sea muchas veces un hallazgo inesperado.

Coincidimos con la literatura en el predominio de afectación femenina en la linfadenopatía, con 10 mujeres frente a 5 hombres, mientras que los tres pacientes con TBC laríngea fueron varones.

En el primer grupo, la adenitis tuberculosa, el principal motivo de consulta fue el aumento de tamaño, con escasa afectación del estado general. En ningún caso apreciamos signos típicos como fístula o fluctuación. Respecto al diagnóstico, tanto la PAAF como la baciloscopia no fueron suficientes por lo que nos basamos en la biopsia del ganglio⁴.

En el segundo grupo, la afectación laríngea, destacamos la importante asociación con consumo de tabaco y de alcohol (más del 80%). El principal mecanismo de infección en esta localización es la propagación desde un foco pulmonar, sin embargo en todas las series, como en la nuestra, aparecen casos sin TBC pulmonar asociada, lo que estaría a favor de una diseminación hematogena o linfática hasta la laringe⁵. En nuestro estudio, dos pacientes presentaron por laringoscopia lesiones de tipo inflamatorio con ulceraciones, y un tercero simulaba una neoplasia. En uno de ellos la lesión se situaba en el tercio posterior de la cuerda vocal. Esta localización⁶ era considerada típica en los tratados clásicos, tal vez por el paso de la expectoración en pacientes encamados. Actualmente, y dada su rareza, no existe nada típico ya que simula una laringitis crónica o un tumor⁷, y es la biopsia la que da el diagnóstico⁸, sorprendiéndonos muchas veces.

En la afectación nasofaríngea la endoscopia puede presentar desde una mucosa de aspecto adenoideo, hasta úlceras, áreas leucoplásicas o una masa evidente⁹. En la radiología vemos la masa polipoide o un engrosamiento difuso de las paredes nasofaríngeas, que unido a las adenopatías cervicales, hacen pensar en un carcinoma. En ausencia de afectación pulmonar, se considera que la afectación nasofaríngea sería primaria (por inhalación directa del *Mycobacterium*).

Clásicamente se aceptaba que una otorrea indolora con perforaciones múltiples y tejido de granulación, una hipoacusia neurosensorial y la necrosis ósea eran típicas de esta enfermedad. También se consideraba sugestiva una otorrea refractaria al tratamiento, aunque el uso de la gentamicina o la neomicina tópicas, que son débilmente antituberculosas, pudiera enmascararla. Sin embargo, actualmente se considera que las otitis tuberculosas son difíciles de diagnosticar por varios factores: 1) el índice de sospecha es muy bajo pues ocurren en menos del 0,9% de los casos de otitis media; 2) los signos clínicos son variables y no suelen coincidir con las descripciones clásicas; 3) no suele asociarse a afectación pulmonar; 4) los falsos negativos en el cultivo son muy frecuentes por la naturaleza fastidiosa de la *Micobacteria* y porque otros patógenos interfieren en su crecimiento. Por todo ello el diagnóstico suele hacerse postoperatoriamente en muchos casos.¹⁰ Sí debemos pensar en ella ante una parálisis facial en ausencia de colesteatoma.

Los abscesos cervicales pueden corresponder en casos excepcionales a una TBC vertebral¹¹. Nuestro último caso es un absceso frío tuberculoso con afectación de la columna vertebral. Al no presentar signos inflamatorios locales, pues es un absceso frío, fue la lisis ósea vertebral visible en radiología, lo que nos llevó a la sospecha de TBC. La aspiración del contenido purulento y el tratamiento médico resolvieron la situación sin llegar a precisar intervención quirúrgica, pues en ningún momento presentó

clínica neurológica. El mal de Pott es una afectación de la columna vertebral, vía hemática¹², que típicamente afecta a la región dorsal. Sir Percival Pott lo describió en 1779 incluyendo giba dorsal, absceso osifluente y daños neurológicos, aunque fue años más tarde cuando se descubrió su origen tuberculoso.

Nos llama la atención que en la literatura se insista, como causa del aumento de incidencia de esta enfermedad, en la infección por VIH y en las inmunodeficiencias, lo que apenas aparecen en nuestro estudio. Lo que sí constatamos es un 32% de inmigrantes, procedentes de países subdesarrollados, en nuestra serie.

Conclusiones

La tuberculosis es una enfermedad infrecuente en nuestras consultas, cuya aparición no deja de sorprendernos. Debemos pensar en ella e intentar diagnosticarla aunque la radiografía de tórax sea normal.

Bibliografía

1. Yang Z, Kong Y, Wilson F, Foxman B, Fowler AH, Marrs C, et al. Identification of risk factors for extrapulmonary tuberculosis. *Clin Infect Dis*. 2004; 38:199-205.
2. Nalini B, Vinayak S. Tuberculosis in ear, nose, and throat practice: its presentation and diagnosis. *Am J Otolaryngol*. 2006 ; 27:39-45.
3. Al-Serhani A. Mycobacterial infection of the head and neck: presentation and diagnosis. *Laryngoscope*. 2001; 111(11):2012-6.
4. Paredes A. Tuberculosis en otorrinolaringología. *Rev otorrinolaringol cir cab-cuello*. 2001; 61:87-94.
5. Montejo M, Alonso M, Aguirrebengoa K, y cols. Tuberculosis laríngea: estudio de 11 casos. *Acta Otorrinolaring Esp*. 2001; 52:53-56.
6. Maltrana JA, Mahfoud M, Fernández Liesa R. Tuberculosis laríngea: presentación de un caso y revisión de la literatura. *O.R.L.Aragón*.2005;8(1):7-9.
7. Shin J, Yuhl S, Y, Seung J, Sang Y. Changing trends in clinical manifestations of laryngeal tuberculosis. *Laryngoscope*. 2000; 110 (11):1950-3.
8. Parab S, Khan M, Ghaisas V. Simultaneous involvement of larynx and middle ear in pulmonary tuberculosis. *Laryngoscope*.2010; 120(9):1892-4.
9. Martínez A, Lede A, Fernández J. Tuberculosis rinofaríngea primaria: una localización infrecuente. *Acta Otorrinolaringol Esp*.2011; 62(5):401-403.
10. Cho Y, Lee H, Kim S, Chung K, Lee D, Kohl W et al. Tuberculous otitis media: a clinical and radiologic analysis of 52 patients. *Laryngoscope*. 2006; 116(6): 921-7.
11. Mariño-Sánchez F, Rioja E, Rusiecka M, Alobid I. Tuberculosis vertebral cervical simulando un absceso periamigdalino. *Acta Otorrinolaring Esp*.2011;62(5):398-300.
12. Sánchez A, Zayas G, García A. Espondilodiscitis cervical tuberculosa. *Acta Otorrinolaring Esp*. 2010;61(2):168-169.

Correspondencia

Dra. M^a Teresa Lahoz Zamorro
Argentina, 1 - 2° J
44002 Teruel