

Tuberculosis amigdalas. A propósito de un caso

*P Juiz,
JP Rubio,
M Carbayeda,
J Rossi.*

Servicio ORL Complejo Hospitalario Xeral Calde. Lugo

SUMARIO

Se presenta un caso de tuberculosis amigdalар en una paciente de 80 años. Se consideran las manifestaciones clínicas y la dificultad del diagnóstico. Se realiza una revisión de la literatura.

PALABRAS CLAVE

Tuberculosis, oral; amigdalа.

INTRODUCCION

Las lesiones tuberculosas en la cavidad oral son un hallazgo infrecuente (1,4,5,6,7,8,9) y más aún desde la introducción de drogas efectivas (2), la prevalencia de la BCG y la mejoría en la salud de la población (3). Dichas lesiones pueden ser primarias, aunque suelen ser secundarias a una tuberculosis pulmonar (1,3). La forma secundaria tiene mayor incidencia en edades avanzadas (3), en tanto que la primaria se desarrolla más en jóvenes, afectando fundamentalmente a las encías y siendo poco dolorosa (5). Las manifestaciones orales aparecen en 0,05-1,5 % de los pacientes con TB pulmonar (1,3,5,9), pero antes de los tuberculostáticos representaban el 0,05-3,65 %, aunque en algún estudio en autopsias se hallaban lesiones orofaríngeas en 10-20 % de los fallecidos por tuberculosis (4,5). En la actualidad la incidencia ha aumentado en los pacientes portadores de SIDA (10).

CASO CLINICO

Se trata de una mujer de 80 años que acude a la consulta por un cuadro de odinofagia y dolor faríngeo. Como antecedentes personales refiere cirugía en región supraclavicular derecha hace 20 años, sin confirmación de diagnóstico. El cuadro comenzó 5 meses antes con dolor en región cervical derecha y aumento de ganglios que luego han disminuido, odinofagia con disfonía que no se modificó, astenia, anorexia y pérdida de peso. En la exploración se observa hipertrofia de amígdala derecha con lesión infiltrante en su polo superior, con abombamiento de región periamigdalina e hipertrofia de pared lateral faríngea derecha. Adenopatía yugulo-carotídea derecha, móvil, de menos de 1 cm. Cicatriz supraclavicular derecha. La analítica sanguínea no presentaba alteraciones. El BAAR en orina, esputo y amígdala era negativo. Los cultivos en marcha eran negativos. Mantoux positivo. Rx tórax con sospecha de patología pulmonar intersticial micronodular de predominio basal, pero los estudios radiológicos no muestran claramente la tuberculosis miliar. RNM: engrosamiento orofaríngeo derecho, epiglotis y repliegue aritenopiglotico. Adenopatías yugulares internas y espinales, algunas con necrosis central. TAC: masa cervical derecha desde orofaringe, base de lengua, región amigdalina, hasta hipofaringe; ausencia de adenopatías regionales. Estudio anatómico-patológico de biopsia de amígdala: amigdalitis granulomatosa con presencia de granulomas tuberculoideos y bacilos ácido alcohol resistentes sugestivos de TB (técnica de Schilling). Se inicia tratamiento tuberculostático desapareciendo las lesiones.

DISCUSION

La afectación de la cavidad oral por tuberculosis ya era rara en épocas anteriores cuando la enfermedad estaba mucho más extendida, siendo en la actualidad mucho más infrecuente, y generalmente secundaria a una TB pulmonar (1,3,8). Tiene una mayor incidencia en pacientes inmunodeprimidos, observándose, que en los pacientes con SIDA es 100 veces superior a la población general, y además presentan un mayor número de formas extrapulmonares(10).

La patogenia usualmente es por autoinoculación con esputo infectado, aunque también está descrita extensión sanguínea(3). La inoculación directa se produce con mucha mayor rareza, por contacto con material infectado (sobre todo en la época en que la leche no era pasteurizada).El tracto respiratorio superior es generalmente resistente a TB, teniendo la saliva efectos inhibidores sobre el bacilo. La presencia de saprofitos, el antagonismo del músculo estriado para la invasión bacteriana y el espesor de la cubierta protectora epitelial también contribuyen a la dificultad para afectación de estas regiones(1). Pequeños desgarros en la mucosa por irritación crónica pueden favorecer la localización de organismos, así como la presencia de factores predisponentes como mala higiene dental, extracción dental y leucoplasia (1,3,5,7,8).

Las lesiones suelen localizarse en lengua, paladar, encías y labios, siendo la forma amigdalina muy rara(1,3). Dichas lesiones pueden ser únicas o múltiples y adoptar diferentes tipos como fisuras, nódulos, glositis difusa, pero lo más habitual es una úlcera de fondo granular rodeada por eritema no indurado (2,3,7,8), que puede no dar clínica o producir odinofagia prolongada, rebelde a tratamientos habituales, lo cual nos debe hacer valorar este diagnóstico, sobre todo en países con alto índice de TB(1,2).

El diagnóstico diferencial debe incluir úlceras traumáticas, aftosas, angina de Vincent, alterciones hematológicas, actinomicosis, sífilis, granuloma de la línea media, granulomatosis de Wegener, carcinoma, metástasis.(1,3,5,11,12).

El diagnóstico se basa en el PPD (que puede dar falsos positivos pues no diferencia de otras micobacterias y falsos negativos), Rx tórax, identificación del bacilo por baciloscopia y cultivos. La biopsia es importante ya que en ocasiones como nuestro caso esas pruebas no eran concluyentes y puede aportarnos un patrón histopatológico característico de granulomas epitelioides con células gigantes multinucleadas de Langhan`s, con caseificación o no. Se puede identificar BAAR por tinción de Ziehl y cultivos(6). En caso de presencia de adenopatías tiene su importancia la PAAF(10). La

respuesta al tratamiento tuberculostático es buena, desapareciendo las lesiones en pocas semanas(8,9).

CONCLUSIONES

Odinofagia persistente con mala respuesta al tratamiento habitual nos debe de hacer pensar en TB.

En países pobres y con alto índice de TB y en pacientes inmunodeprimidos hay que tenerla siempre presente.

El diagnóstico es en ocasiones difícil, siendo la biopsia quien nos lo facilita..

El tratamiento con tuberculostáticos ofrece buenos resultados.

BIBLIOGRAFIA:

- 1- E Selimoglu, Y Sutbeyad, M Akif , M Parlak, M Esrefoglu, A Ozturk. Primary tonsillar tuberculosis: a case report. The Journal of laryngology and Otology. 1995:109:880-882
- 2-J Jawad, F R C S I, D L O, F El-Zuebi. Primary lingual tuberculosis: a case report. The Journal of laryngology and otology. 1996: 110: 177-178
- 3-H L Eng, SY Lu, C H Yang, W J Chen. Oral tuberculosis. Oral surgery, oral medicine, oral pathology. 1996:81: 415-420
- 4-A Antico. Oral tuberculosis: Primary localisation in an elderly non-immunodepressed patient. Tubercle and lung disease. 1995:76: 176-177
- 5-MA De Pablo, JA Lamelas. Lingual tuberculosis in an HIV positive. Enferm Infecc Microbiol Clin:12(7):361-362
- 6-JW Evenson. Granulomatous disorders of the oral mucosa. Seminars in diagnostic pathology
- 7-M Molina, G Ortega, V Vera; R Pérez. tuberculosis del paladar. Enferm Infecc Microbiol Clin. 1996: 14: 630-631
- 8-J Fortín, C Sierra, E Raboso, C Pérez, G Plaza, E Navas, E Gómez-Mampaso, A Guerrero. Tuberculosis del área otorrinolaringológica: formas laríngeas y extralaríngeas. Enferm Infecc Microbiol Clin. 1996:14(6) 352-356
- 9-M Calle Rubio, JL Rodríguez Hermosa, JM Rodríguez González Moro. Tuberculosis lingual: a propósito de un caso clínico. Archivos de Bronconeumología. 1997:33:258-259
- 10-KC Lee, G Schecter. Tuberculous infections of the head and neck. Ear Nose Throat Journal. 1995: 74:395-399
- 11-E M Lype, K Ramdas, M Pandey, K Jayasree, G Thomas, P Sebastian, M K Nair. Primary tuberculosis of the tongue: report of three cases. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery (2001) 39. 402-403
- 12-D P Von Arx, and A Husain. Oral tuberculosis. British Dental Journal 2001; 190: 420-422