

Disfonía crónica con lesiones cutáneas cervicales

Portela Romero, Manuel¹, Bugarín González, Rosendo², Iglesias Otero, María¹

¹Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Centro de Salud de Padrón (XAP Santiago)

²Doctor en medicina. Médico especialista en medicina familiar y comunitaria. Centro de Salud de Calo-Teo (XAP Santiago)

Cad Aten Primaria
Año 2011
Volume 18
Páx. 145-145

Paciente varón, de 49 años, fumador, consulta por presentar disfonía de 3 meses evolución. En el último mes refiere anorexia, astenia y fiebre de 38 °C. La exploración física y la analítica fueron normales, incluida la velocidad de sedimentación globular (14 mm). Ante la mala evolución de la disfonía se derivó para estudio a otorrinolaringología. Tras observarse mediante laringoscopia tumoración laríngea se decidió realizar extirpación y biopsia de la lesión, que fue informada como lesión necrosante con granulomas en empalizada con cultivo posterior positivo de Mycobacterium Tuberculosis. Con estos datos se realiza el diagnóstico de laringitis tuberculosa y se pauta triple terapia antituberculosa.

Al cabo de 3 meses del diagnóstico el paciente acude por drenaje espontáneo de lesión indolora cervical anterior de material blanquecino con restos caseiformes (Figura 1)



FIGURA 1

1. ¿Cuál es tu impresión diagnóstica de las lesiones cutáneas cervicales?

Neoplasia de laringe infiltrante localmente.

Absceso cutáneo pos-quirúrgico.

Escrofuloderma.

¿Qué pruebas diagnósticas hubieses solicitado?

Mantoux.

Radiografía de tórax.

Cultivo de las lesiones.

Mantoux, radiografía de tórax, cultivo de las lesiones.

Correspondencia

Manuel Portela Romero

Email: manuel.portela.romero@sergas.es

RESPUESTA AL CASO CLÍNICO DISAFONÍA CRÓNICA CON LESIONES CUTÁNEAS CERVICALES

Escrofuloderma secundario a laringitis tuberculosa.
Mantoux, radiografía de tórax, cultivo de las lesiones

El paciente de nuestro caso presenta dos lesiones de tuberculosis extrapulmonar:

- Lesión laríngea: el diagnóstico anatómico-patológico de lesión necrosante con granulomas en empalizada con presencia de *Mycobacterium tuberculosis* en el cultivo se corresponde con laringitis tuberculosa. En nuestro caso el Mantoux fue positivo y la radiografía de tórax normal (se excluyó la tuberculosis pulmonar primaria, presente en el 50% de los casos de laringitis tuberculosa).
- Lesión cutánea cervical: El cultivo del exudado de la lesión cervical de aparición tardía objetivó la presencia de *Mycobacterium tuberculosis*, por lo que se realizó el diagnóstico de fistulización de linfadenitis tuberculosa (escrofuloderma) secundario a laringitis tuberculosa.

La tuberculosis es una enfermedad producida por *Mycobacterium tuberculosis*. Este bacilo pertenece al género *Mycobacterium*, formando el denominado Complejo M. tuberculosis, junto con *M. bovis*, *M. africanum* y *M. microti*. Cualquiera de ellos puede producir la enfermedad, aunque en nuestro medio el más frecuente es *M. tuberculosis*.

Una vez adquirida la infección tuberculosa existen una serie de factores de riesgo que se han asociado con una mayor frecuencia de desarrollo de la enfermedad tuberculosa: infección por el VIH, neoplasias sólidas, patología pulmonar subyacente (silicosis, lesiones pulmonares fibróticas y tabaquismo importante), uso de inmunosupresores y receptores de trasplantes, hemodiálisis, diabetes mellitus, bajo peso corporal y cirugía abdominal previa (gastrectomía y shunt yeyuno-ileal).

Aunque la tuberculosis más frecuente es la pulmonar, no son excepcionales los casos extrapulmonares. La mayoría de las formas extrapulmonares se producen por diseminación hematogena o linfática tras la infección primaria. En algunas personas con alteración de la inmunidad celular, como los pacientes infectados por VIH y en los niños, la frecuencia de formas extrapulmonares es mayor que en la población adulta inmunocompetente.

La forma más frecuente de las tuberculosis del área otorrinolaringológica es la tuberculosis laríngea. Se caracteriza por lesiones granulomatosas, ulceradas o de aspecto polipoideo. En el 50%

de los casos hay tuberculosis pulmonar activa –no en el caso que presentamos-. Es una forma muy bacilífera. Otras localizaciones como la afectación de las amígdalas, la faringe y la cavidad oral y ótica son poco frecuentes.

A principios de siglo pasado del 25 al 40% de los pacientes con tuberculosis pulmonar presentaban tuberculosis laríngea. Las mejoras de las condiciones de vida y la introducción del tratamiento farmacológico han conseguido que, actualmente, la tuberculosis laríngea sea poco frecuente, presentándose entre un 0,5 y un 2% de todos los casos de tuberculosis. No obstante, la laringitis tuberculosa sigue siendo una de las enfermedades granulomatosas más habituales de la laringe.

En cuanto a los síntomas de presentación, pueden ser especialmente disfonía u odinofagia, aunque es más frecuente la disfonía. El diagnóstico diferencial hay que establecerlo inicialmente con el carcinoma de laringe. Sobre la necesidad de realizar o no biopsia laríngea para lograr este diagnóstico diferencial, algunos autores sí recomiendan su realización, ya que el aspecto macroscópico puede ser similar al de cáncer de laringe, proceso con el que puede coincidir. Por otro lado, algunos autores opinan que si un paciente con tuberculosis pulmonar presenta disfonía debe considerarse como primera posibilidad diagnóstica una laringitis tuberculosa asociada, reservando la biopsia para aquellos pacientes con factores de riesgo (edad avanzada y fumadores importantes) o si los síntomas persisten a pesar del tratamiento.

La tuberculosis cutánea es una enfermedad poco frecuente en la actualidad. En España supone aproximadamente el 1,5% de la tuberculosis extrapulmonar, representando sólo alrededor del 0,15% de los diagnósticos realizados en las consultas hospitalarias de dermatología.

La linfadenitis tuberculosa es la manifestación extrapulmonar más frecuente. Las cadenas ganglionares que se afectan con mayor frecuencia son las cervicales. Es más frecuente en niños, adultos jóvenes y pacientes con infección por el VIH. Puede ocurrir que el material caseoso se licue y se produzca una fistulización de la piel del ganglio (escrofuloderma), como ocurre en el caso que presentamos. En los niños suelen afectarse varios ganglios y el diagnóstico diferencial se realiza con linfadenitis causadas por micobacterias no tuberculosas. En el paciente con infección por el VIH, el diagnóstico diferencial incluye las micobacterias no tuberculosas, el linfoma y el sarcoma de Kaposi. El diagnóstico se hace por el Mantoux positivo y el cultivo bacteriológico del material purulento (como ocurre en el caso expuesto).

La base del tratamiento del escrofuloderma y de la laringitis tuberculosa consiste en la triple terapia antituberculosa: 300 mg/día de isoniacida, 600 mg/día de rifampicina y 15-30 mg/día de pirazinamida durante dos meses, seguido de isoniacida y rifampicina

(a las mismas dosis anteriores) durante 4 meses más. No existen diferencias respecto al tratamiento convencional de la tuberculosis. En el caso que presentamos la mala evolución de laringitis tuberculosa a escrofuloderma fue secundario al incumplimiento terapéutico del paciente.

El caso que presentamos nos indica, en primer lugar, la relevancia de incluir la tuberculosis laríngea en el diagnóstico diferencial de la disfonía crónica, sobre todo si se acompaña de síntomas respiratorios y/o constitucionales, y en segundo lugar, la importancia de conseguir la adherencia a la terapia antituberculosa por parte del paciente, ya que su incumplimiento es la primera causa de mala evolución de la enfermedad tuberculosa

BIBLIOGRAFÍA

1. Caminero JA. Epidemiología de la tuberculosis. Guía de la tuberculosis para médicos especialistas. París: Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (UICTER); 2003. p. 25-51.
2. World Health Organization. Global tuberculosis control-epidemiology, strategy, Financing (up date 2009). Disponible en: http://www.who.int/tb/publications/global_report/2009/update/en/index.html.
3. Fortún J. Martín-Dávila P. Rodríguez J.M. Navas E. Moreno S. Infección por *Mycobacterium tuberculosis*. *Medicine*. 2010;10:3808-19.
4. González-López MA. Vázquez-López F. Gómez-Díez S. Pérez-Oliva N. Lesión cutánea ulcerada y supurativa de evolución tórpida en el cuello de una mujer de 83 años. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2005;23:177-8.
5. Monteagudo Jiménez B. García-Rodríguez JF. De las Heras C. Labandeira J. Ginarte M. Durana C. Cacharrón JM. Escrofuloderma con tuberculosis osteoarticular en el área sanitaria de Ferrol. *Actas Dermosifiliogr*. 2007;98:470-5.
6. Rodríguez Barrientos R. Rodríguez Blanco A. Vidal Muñoz JL. Noguera Asensio A. Disfonía y tuberculosis laríngea: presentación de dos casos y revisión de la bibliografía. *Aten Primaria*. 2002;30:530-2.
7. Benítez MD. Miranda C. Navarro JM. Morillas F. Martín J. De la Rosa M. Varón de 36 años con disfonía resistente al tratamiento médico convencional. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2001;19:233-4.
8. MT Campillos Páez. T San Laureano Palomero. S Agudo Polo. Escrófula tuberculosa. *FMC. Form Med Contin Aten Prim*. 2001;08:582.

RESPUESTA AL CASO CLÍNICO VARÓN CON DISNEA PROGRESIVA Y DISTENSIÓN DE VENAS TORÁCICAS

DIAGNÓSTICO

La respuesta es la 3. El diagnóstico es síndrome de vena cava superior.

EXPLICACIÓN FINAL

Introducción: El síndrome de vena cava superior (SVCS) engloba una constelación de síntomas y signos resultantes de la obstrucción de la vena cava superior (VCS) a su paso por el mediastino superior. Esto hace que el flujo venoso se derive a la vena ácigos, a sus sistemas colaterales (venas mamarias internas, venas paraespinales, red venosa esofágica) y a las venas subcutáneas de cuello y tórax. El incremento de la presión venosa en la parte superior del cuerpo condiciona una disminución del retorno venoso procedente de la cabeza, cuello y extremidades superiores.

Epidemiología: El SVCS aparece en el 7% de los pacientes con cáncer, principalmente asociado a tumores malignos del hemitórax derecho. Se observa con mayor frecuencia en la 5ª-6ª décadas de la vida.

Etiología: Los tumores malignos mediastínicos son los responsables del 95% de los casos de SVCS, representando el carcinoma broncogénico un 70-80% de los mismos. Otros procesos neoplásicos implicados son el linfoma no Hodgkin, el timoma, el carcinoma de mama, el tumor de células germinales y las metástasis. Dentro de las causas benignas, el SVCS puede aparecer

secundariamente a sarcoidosis, bocio endotorácico, trombosis de catéter venoso central y marcapasos, aneurisma de aorta, síndrome de Behçet y mediastinitis fibrosa.

Clínica: La aparición de los síntomas depende de la rapidez con que se instaure la obstrucción y su localización. Lo más frecuente es la instalación lenta y progresiva del síndrome a lo largo de 2 a 4 semanas antes de consultar al médico por ello.

Al inicio los síntomas son: disnea (>50%), tensión facial (50%), tos (24%), tensión en los brazos (18%), dolor torácico (15%), disfagia (9%) y en menor porcentaje acúfenos, vértigo, ronquera, etc.

Los casos de obstrucción aguda, que constituyen una verdadera urgencia médica, presentan síntomas secundarios a edema cerebral y aumento de la presión intracraneal por disminución del retorno venoso (letargia, cefalea que aumenta con el decúbito, somnolencia, alteraciones visuales, vómitos, ...) y síntomas relacionados con el compromiso de la vía aérea, bien sea por compresión o edema traqueal.

Los signos clínicos más frecuentes son: distensión de las venas del cuello (66%), distensión de las venas del tórax (54%), edema facial (46%), cianosis facial (20%) y edema de brazos (14%). Si la obstrucción de la VCS persiste aparecen hemorragias conjuntivales, exoftalmos, edema en esclavina (cara, cuello y parte superior del tórax) y macroglotia.

Diagnóstico: Es fundamentalmente clínico. Por sus características es un cuadro difícil de confundir, sin embargo, en algunos