



## 8. Tuberculosis amigdalina con foco pulmonar activo en un paciente VIH. A Propósito de un Caso



Lara Jácome Alex MD\*, Mogrovejo Freire Luis MD\*, Freire Castro Guillermo MD\*,  
Bravo Pita Rosaura MD\*, Barragán Cabezas Omar MD\*\*, Severino Rey MD\*\*\*

\* Médicos especialistas en Otorrinolaringología de la Pontificia Universidad Católica de Quito. \*\* Especialista en Otorrinolaringología, jefe del Servicio Hospital Enrique Garcés. \*\*\* Especialista en Anatomía Patológica Synlab Iberia. Hospital Manises, Valencia. Correspondencia: Dr. Severino Rey [editor@archivosdepatologia.org](mailto:editor@archivosdepatologia.org)

### RESUMEN

La tuberculosis es uno de los problemas infecciosos más graves del mundo, representa una de las mayores causas de morbimortalidad global. La tuberculosis primaria de la cavidad oral y la orofaringe es bastante infrecuente. En este artículo, describimos un caso de una mujer de 38 años VIH positiva desde hace dos años con diagnóstico de tuberculosis amigdalina con foco pulmonar activo. Se consideran las manifestaciones clínicas, la dificultad del diagnóstico, los diagnósticos diferenciales. También se incluye una revisión detallada de la literatura sobre tuberculosis amigdalina.

### ABSTRACT

Tuberculosis is one of the most serious infectious problems in the world, it represents one of the main causes of global morbidity and mortality. Primary tuberculosis of the oral cavity and oropharynx is quite rare. In this article, we describe a case of a 38-year-old woman who has been HIV positive for two years with a diagnosis of tonsillar tuberculosis with an active pulmonary focus. Clinical manifestations, difficulty of diagnosis, differential diagnoses are considered. A detailed review of the literature on tonsillar tuberculosis is also included.

*Palabras claves: amígdala, tuberculosis, VIH*

### INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) es una infección oportunista causada por el *Mycobacterium Tuberculosis*. Las infecciones oportunistas se presentan con más frecuencia o son más graves en las personas con inmunodeficiencia que entre las personas con un sistema inmunitario íntegro. El VIH debilita el sistema inmunitario, lo que incrementa el riesgo de TB entre las personas infectadas.

La infección por el VIH y la TB se conoce como infección simultánea o coinfección por el VIH/TB (1,3,4,5). La TB latente tiene más probabilidad de convertirse en enfermedad tuberculosa entre las personas que tienen el VIH que entre las que no lo tienen. La enfermedad tuberculosa podría también empeorar el VIH.

La tuberculosis amigdalina es una enfermedad rara en los países desarrollados. El tracto respiratorio superior es generalmente resistente a la tuberculosis porque se cree que la saliva tiene un efecto inhibitorio sobre los bacilos tuberculosos. Se cree que la saliva y saprofitas, el antagonismo de la musculatura estriada y el grosor de la capa epitelial protectora tienen un efecto inhibitorio sobre los bacilos tuberculosos. La tuberculosis amigdalina puede ser el resultado de una infección causada por el contacto con materiales contaminados con bacilos tuberculosos [3,4,7,8]. Los sitios en la cavidad oral y faríngea más comúnmente involucrados son la lengua, seguido del paladar, las encías, la laringe, los labios y los ganglios linfáticos locales. En pacientes con tuberculosis oral o faríngea, las úlceras traumáticas, las úlceras aftosas, los trastornos hematológicos, la actinomicosis, la sífilis, el granuloma de la línea media, la enfermedad de Wegner y las neoplasias malignas siempre deben tenerse en cuenta.

La tuberculosis de la cavidad oral ha mostrado una disminución en varias partes del mundo, y son en la actualidad un hallazgo muy poco frecuente (1,4,5,6,7) desde la introducción de la terapia antifúngica (2), la vacunación con *Bacillus Calmette Guerin* (BCG) y mejor acceso de la población a los servicios de salud. (3)

La adquisición de la infección pueden ser primaria, en relación con la inoculación directa del bacilo en la mu-



cosa a través de soluciones de continuidad, mala higiene dental, periodontitis, extracciones dentarias o leucoplasias (7,8,10,18,19). La forma secundaria es partir de esputos contaminados del propio paciente y más raramente por diseminación del bacilo de Koch por vía hemática o linfática (1,3,5,8,11) Existe mayor incidencia de la forma secundaria en edades avanzadas, en tanto que la primaria se desarrolla en personas más jóvenes.

Las lesiones orales aparecen entre un 0,005 – 1,5 % de los pacientes con tuberculosis pulmonar (1, 3, 5, 14) antes de la aparición de la terapia antituberculosa representaba el 0,005 – 3,65 % (1, 3, 5, 7, 14)

## CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente femenina de 38 años, con diagnóstico confirmado de VIH, que acude a consulta por un cuadro de hace 4 meses de alza térmica no cuantificada de predominio nocturno con sudoraciones, odinofagia, disfagia, astenia, anorexia, pérdida de peso, roncopatía, dolor en región cervical derecha y aparición de masas palpables en región cervical derecha.

Al examen físico otorrinolaringológico se observa hipertrofia de amígdala derecha grado IV con presencia de criptas, lesiones blanco-amarillentas; amígdala izquierda grado I sin lesión (fig.1). A nivel del cuello se palpan 4 adenopatías mayores a 2 cm, en zona II- III en lado derecho, lado izquierdo 3 adenopatías de más de 2 cm en zona II-III dolorosas, móviles, no adheridas a planos profundos. En el examen del aparato respiratorio se constata disminución global de la expansibilidad torácica, murmullo vesicular disminuido con crepitantes basales derechos.

En los exámenes de laboratorio se detecta anemia normocítica hipocrómica, leucopenia, neutropenia, linfopenia, BAAR en esputo BK (+++), PPD positiva, BAAR de lavado bronquial (+++), BAAR de orina por cinco ocasiones negativo, conteo de CD4 62 células/ul, y una carga viral de 266985 (Copias/ml).

Radiografía de tórax con condensación inflamatoria en base pulmonar derecha (Fig. 2), TAC de tórax simple y con contraste confirman dicha condensación inflamatoria (Fig. 3). En la TAC de cuello simple y contrastado en el lado derecho en los niveles I, IIa, IIb, y III, se aprecian ganglios linfáticos con centro necrótico, de aproximadamente 1,9 cm el más grande. Adyacente a la amígdala derecha se observa una masa de 2 cm de diámetro que impresiona como ganglio con centro necrótico. En el nivel III del lado izquierdo se evidencia una cadena ganglionar de 2 cm. (Fig. 4).

Se decide tomar biopsia de la lesión amigdalina derecha que presenta una distorsión parcial de la arquitectura con presencia de necrosis, exudado inflamatorio mixto con células gigantes multinucleadas, histiocitos con detritus celulares y focalmente esbozo de granulomas (figs. 6-9). La tinción de Ziehl Neelsen demostró la presencia de algunos bacilos compatibles con tuberculosis.

Diez días después del inicio de la terapia antituberculosa se aprecia una evolución favorable del cuadro clínico con notable disminución del tamaño y los signos inflamatorios a nivel de la amígdala y los ganglios cervicales (fig. 8). Aunque en nuestra paciente el motivo de consulta era la odinofagia, el dolor en el cuello y las adenopatías cervicales, así como escasa tos no productiva, los estudios de imagen torácica, la tinción positiva para BK y la presencia de bacilos en el lavado bronquial (ZN +++), la mejoría radiológica de la condensación lobar y de los síntomas después de la administración de agentes antituberculosos confirmó la presencia de tuberculosis pulmonar y amigdalina. Todo esto nos permite concluir que nuestro caso se trata de una tuberculosis amigdalina secundaria con tuberculosis pulmonar primaria.



Figura-1. Lesión amigdalina derecha. Note la diferencia de tamaño entre ambas amígdalas a predominio derecho, es de color blanquecina-amarillenta que impresiona tener secreción adherida.

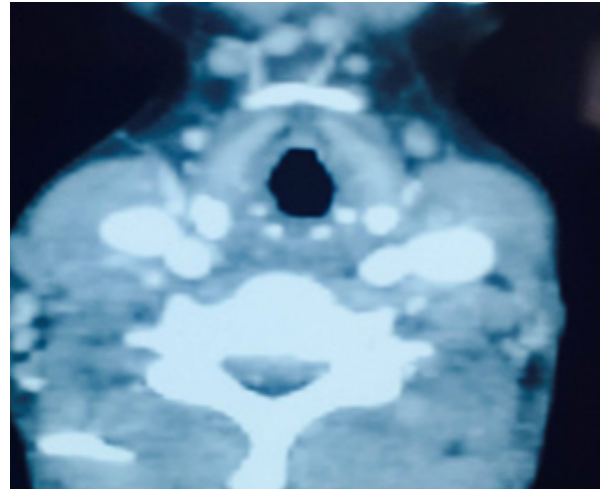


Figura-4. Corte sagital de TAC contrastada de cuello con evidencia de adenopatías cervicales bilaterales que alcanzan hasta 2 cm de diámetro mayor.

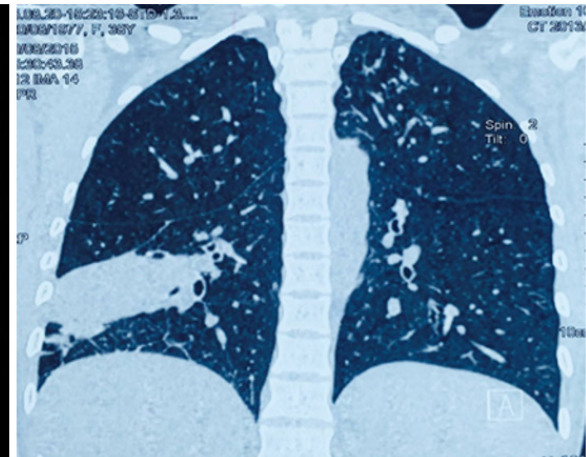


Figura-2 y 3. Radiografía simple de tórax (izquierda) con condensación en basa pulmonar derecha. La TAC simple de tórax (derecha) corte coronal se evidencia condensación de aspecto inflamatoria en base pulmonar derecha.

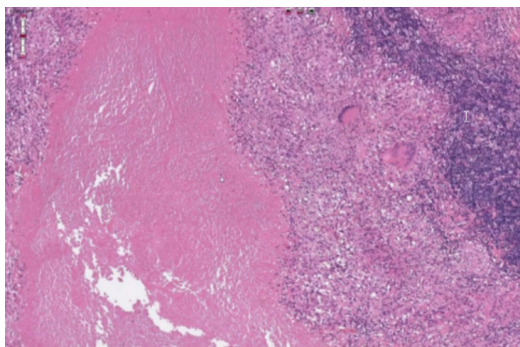


Figura-5. Corte histológico de amígdala donde se reconoce alteración de la arquitectura histológica general por la presencia de inflamación granulomatosa con necrosis central caseosa y presencia de células gigantes de tipo Langhans. (HE 20X).

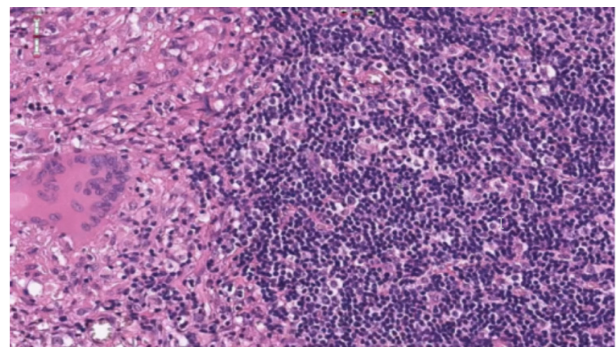


Figura-6. Tejido amigdalino con presencia de varios granulomas epiteloideos con y sin necrosis. A la derecha se reconoce abundante necrosis caseosa. (HE 10X).

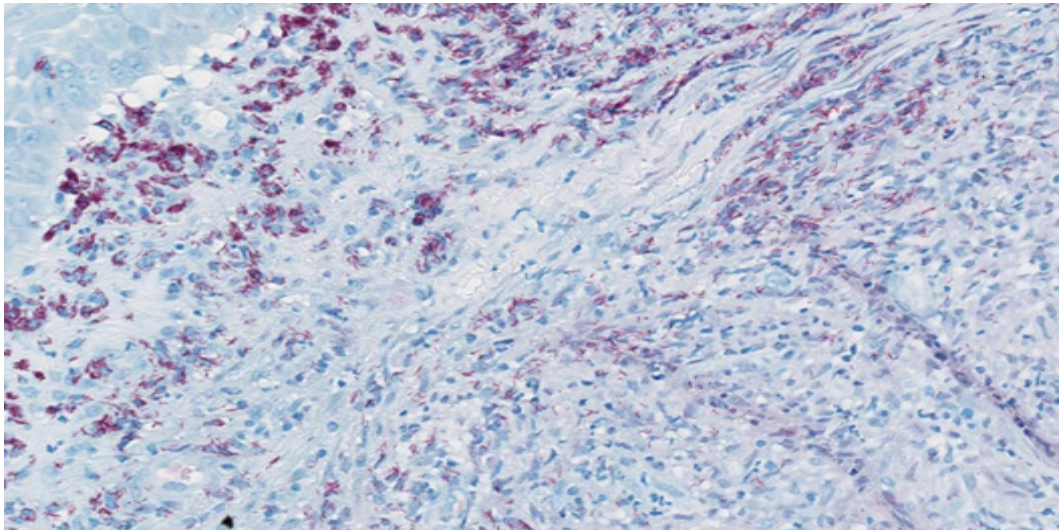


Figura-7. Tinción de Ziehl Neelsen donde se reconocen abundantes bacilos. El *Mycobacterium tuberculosis* es una bacteria Gram positiva, aerobia estricta patógena, ácido alcohol resistentes, inmóviles que miden entre 0.2-0.7 x 1-10 micras ( $\mu\text{m}$ ). Fue descubierta por primera vez, el 24 de marzo de 1882 por Robert Koch.

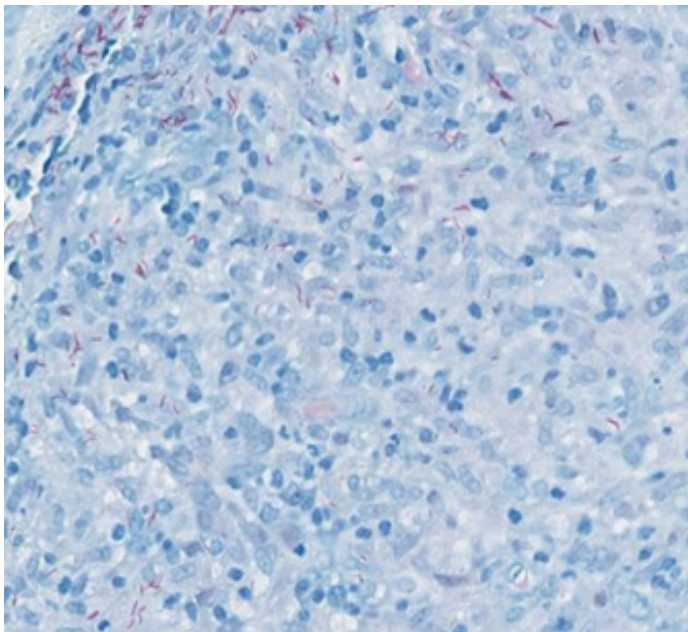


Figura-8. Bacilos tuberculosos curvilíneos que se resaltan de color rojo-púrpura con la tinción de Ziehl Neelsen.



Figura-9. Imagen de la paciente 15 días después de tratamiento antituberculoso. Note la evidente mejoría clínica con disminución del tamaño y casi ausencia del material exudativo que la recubría al momento del diagnóstico.



## DISCUSIÓN

El aumento en el número de casos de VIH se ha traducido también en la reemergencia de patologías que se creían superadas, como la tuberculosis. La tuberculosis extrapulmonar es una localización habitual en pacientes con inmunosupresión (7, 8, 9). En el área otorrinolaringológica, las localizaciones más habituales de mayor a menor son: ganglios cervicales, laringe y siendo la tuberculosis orofaríngea rara (0,05-5 %) y generalmente asociada a tuberculosis pulmonar avanzada. (7, 8, 9, 10,11)

Los síntomas clínicos de los pacientes con tuberculosis amigdalina pueden ser locales y sistémicos. La odinofagia, disfagia, adenopatías latero-cervicales, síntomas constitucionales (malestar general, sudoración nocturna, fiebre, astenia, pérdida de peso, etc), y tos entre los más usuales. El aspecto de las amígdalas puede mostrar hipertrofia, ulceraciones o masas, planteando principalmente el diagnóstico diferencial con patologías que producen asimetría amigdalina como son el carcinoma epidermoide y el linfoma, entre los más relevantes, motivo por el cual la toma de biopsia se hace indispensable para contar con el diagnóstico de certeza e instaurar un tratamiento específico. (7, 8, 9,11)

El diagnóstico de tuberculosis amigdalina se basa en los hallazgos histopatológicos y la identificación de bacilos tuberculosos con tinciones especiales. En el presente caso, podemos ver el hallazgo típico de tuberculosis de lesión inflamatoria granulomatosa con necrosis de caseación con presencia de células gigantes de tipo Langhans ( Las células gigantes de Langhans son de gran tamaño, formadas por la fusión de células epitelioides que contienen varios núcleos dispuestos en la periferia con una forma de herradura).

El diagnóstico diferencial de una lesión amigdalina debe incluir: (20)

- Linfoma maligno primario o compromiso secundario de un linfoma ganglionar cervical
- Otras enfermedades hematológicas
- Carcinoma de células escamosas de la amígdala y otros tumores malignos
- Granulomatosis con poliangéitís (Granulomatosis de Wegener)
- Sarcoidosis (muy rara en esta localización), enfermedad de Crohn
- Infecciones como actinomicosis, sífilis, hongos, etc
- Granuloma letal de la línea media
- Otras enfermedades granulomatosas no infecciosas (de tipo cuerpo extraño) y desórdenes metabólicos y reacción de hipersensibilidad retardada
- Ulceras aftosas de diferentes causas
- Traumas amigdalinos de diferentes causas

El tratamiento es en forma de terapia antituberculosa.

En resumen, hemos presentado un caso raro de tuberculosis amigdalina asociada con un origen pulmonar asintomático. Se debe considerar la tuberculosis amigdalina y la malignidad, cuando se observa agrandamiento de las amígdalas palatinas sobre todo en pacientes con factores de riesgo para infecciones oportunistas y cáncer (consumo de alcohol, ser fumadora, infección por HPV, etc.). El dolor de garganta y / o ronquera inexplicable deben alertar al médico sobre la posibilidad de tuberculosis en enfermos de VIH con o sin sintomatología pulmonar no solo en los países en desarrollo sino también en los desarrollados.

## CONCLUSIONES

- La tuberculosis amigdalina es una entidad para considerarse en pacientes inmunocomprometidos con cuadro de aparentes infecciones orofaríngeas
- La Tuberculosis usualmente involucre los pulmones, pero puede también involucrar varios órganos extrapulmonares. --
- La TB extrapulmonar es muy rara confinada exclusivamente en las amígdalas o laringe en ausencia de lesión pulmonar asociada
- El diagnóstico de certeza se realiza por cultivos y estudio anatomopatológico de la lesión
- La respuesta al tratamiento con la terapia antifimica por lo general ocasiona resultados excelentes



## BIBLIOGRAFÍA

- 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, S Y 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 localization in an elderly non- immunosuppressed 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. *uberculosis del paladar*. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 1996; 14: 630-631
- 7- P Juiz, JP Rubio, M Carbayeda, J Rossi. Tuberculosis amigdalares. A propósito de un caso Servicio ORL Complejo Hospitalario Xeral Calde. Lugo. 1-5
- 8- Guirao Cano, M., Albertí Casas, A., Romero Van Abeelen, E. y Larrosa Díaz, F. Reporte de Caso Tuberculosis Amigdalares con Foco Pulmonar Silente Hospital Comarcal de l'Alt Penedès. Vilafranca del Penedès (Barcelona). 1
- 9- Somchai Srirompotong et al. Clinical aspects of tonsillar tuberculosis. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2002; 33 (1): 147-150.
- 10- C. Díaz Alcover et al. Tuberculosis primaria en amígdala lingual. A propósito de un caso. *Acta Otorrinolaringol. Esp*. 1998; 49 (7): 591-593.
- 11- A. Chakravarti et al. Primary tuberculosis of tonsil and posterior oropharyngeal wall. *Indian J Tuberc* 2008; 55: 48-50.
- 12- Somchai Srirompotong et al. Clinical aspects of tonsillar tuberculosis. *South-East Asian J Trop Med Public Health* 2002; 33 (1): 147-150.
- 13- 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
- 14- 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
- 15- KC Lee, G Schechter. Tuberculous infections of the head and neck. *Ear Nose Throat Journal*. 1995: 74:395-399
- 16- 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
- 17- D P von Arx, and A Husain. Oral tuberculosis. *British Dental Journal* 2001; 190: 420-422
- 18- K.B. Gupta et al. Tuberculosis of tonsil with unusual presentation. *The Indian journal of Tuberculosis*, 2001; 223-224.
19. A. Chakravarti et al. Primary tuberculosis of tonsil and posterior oropharyngeal wall. *Indian J Tuberc* 2008; 55: 48-50.
- 20- Al-Hamad A, Porter S, Fedele S. Orofacial granulomatosis. *Dermatol Clin*. 2015;33(3):433-46