

CASO CLÍNICO

# TUBERCULOSE LARÍNGEA. A PROPÓSITO DE UM CASO

## LARYNGEAL TUBERCULOSIS - A CASE REPORT

Mahomed Sidique Dadá\*, Maria Vitória Neves\*, João Leopoldo da Costa\*, Luísa Panguene\*, José Branco Neves\*

**RESUMO:**

O objectivo deste trabalho é chamar a atenção para a existência de tuberculose laríngea mesmo na ausência de tuberculose pulmonar. Em Moçambique foram descritos poucos casos de tuberculose laríngea. No Hospital Central de Maputo este é o quinto caso diagnosticado desde a década de 80. Este número tão reduzido numa região com alta incidência de tuberculose pulmonar, deve-se a dificuldades de meios auxiliares de diagnóstico e muito particularmente à falta de suspeita clínica por parte dos médicos.

**PALAVRA-CHAVE:**

Larínge, Tuberculose.

**ABSTRACT:**

In this study it is aimed to claim for the attention of the physician to the existence of the laryngeal tuberculosis even in the absence of pulmonary tuberculosis. In Mozambique there were described few cases of laryngeal tuberculosis. In the Central Hospital of Maputo it was the 5th case diagnosed in a region of high incidence of pulmonary tuberculosis could be related to the short availability of auxiliary means of diagnosis and particularly to the absence of clinical awareness by physicians.

**KEY WORDS:**

Larynx, Tuberculosis.

### INTRODUÇÃO

A tuberculose laríngea foi uma doença muito comum no início do século 20 [7].

De acordo Yench (2000) [13], com a introdução de tratamento tuberculostático, a incidência da tuberculose diminuiu enquanto que a tuberculose laríngea quase desapareceu [7]. O incremento da incidência de tuberculose nas últimas duas décadas, principalmente causada pela epidemia do HIV, foi acompanhado por um aumento na incidência de tuberculose laríngea [7,13].

Esta entidade actualmente ganhou novo interesse devido a mudança no seu padrão clínico [5]. No passado, o paciente típico era do sexo masculino, com doença pulmonar cavitária avançada. Actualmente, é comumente visto em pacientes adultos jovens com idade compreendida entre 15 a 49 anos de idade com doença pulmonar menos típica. Antes do desenvolvimento dos tuberculostáticos, as lesões eram fre-

quentemente situadas na porção posterior da laringe, devido provavelmente a disseminação da infecção da lesão pulmonar quando os pacientes eram orientados a realizarem repouso e permaneciam em decúbito dorsal. Mas com o uso destes antimicrobianos, as lesões situam-se preferencialmente na porção anterior da laringe e epiglote, sugerindo disseminação hematogénea ou linfática. [9]

Em Moçambique a tuberculose continua a ser considerada um grande problema de saúde pública e uma das principais causas de internamento e mortalidade nos adultos ao nível dos hospitais rurais. O risco anual estimado de infecção (RAI) foi de 1989-1991 em 1.7 correspondendo teoricamente a cerca de 99 casos novos de tuberculose positivos esperados por ano em cada 100.000 habitantes. A incidência é estimada em 254/100.000 habitantes ou seja de 43929 doentes por ano. [6]

Apesar de haver uma melhoria na taxa de dispêste nos últimos anos e se ter detectado

\* Serviço de ORL - Cirurgia Cervico Maxilo-Facial - Hospital Central de Maputo - Faculdade de Medicina/UEM - Moçambique.

21038 novos casos de tuberculose em 2001, o diagnóstico da tuberculose ainda está muito aquém dos casos esperados a nível de Moçambique. Estimam-se que existam 40 mil a 45 mil casos de tuberculose no país [14]. Provavelmente este sub-diagnóstico deve-se a dificuldades técnicas, falta de pessoal capacitado (médicos insuficientes) e de meios na maioria dos hospitais do país para o diagnóstico de tuberculose em geral, muito em particular da tuberculose extra-pulmonar.

Esta dificuldade torna-se mais evidente mediante casos como estes, de tuberculose laríngea, que simula outras entidades, em particular a patologia tumoral [2].

O doente apresentado neste estudo é o quinto caso de tuberculose diagnosticada no Serviço de ORL do HCM, desde 1980.

Uma revisão sumária da literatura disponível revelou que o quadro clínico da tuberculose laríngea pode ser descrito como apresentando disфонia (em 80% dos casos) e irritação na garganta (52%) [11]. Pode também haver disfagia e tosse produtiva [8].

A patogénese da tuberculose laríngea pode ser primária ou secundária. A infecção primária da laringe ocorre quando há ausência da doença pulmonar. Os organismos são transmitidos por partículas em forma de aerossol e inoculadas na mucosa da laringe. A infecção secundária da laringe por tuberculose pode ocorrer por uma das três formas: [8]

- (1) O paciente tem doença pulmonar avançada, geralmente cavitária, e a laringe é inoculada por expectoração infectada. Nestas circunstâncias a infecção irá envolver a mucosa da laringe intrínseca, geralmente permanecendo intralaringea, principalmente à volta das cordas vocais. Estas lesões são ulcerativas e granulomatosas. A cicatrização ocorre com mínima fibrose
- (2) Disseminação hematogénea
- (3) Drenagem linfática para a laringe.

Os locais laríngeos afectados são por ordem de frequência [11]: cordas vocais verdadeiras (57%), epiglote (39%), falsas cordas vocais (35%), aritnoide (24%) e comissura posterior (7%).

O diagnóstico faz-se com laringoscopia directa com biopsia e histologia [3].

Os achados laríngeos da tuberculose laríngea não são específicos e podem fazer confundir com [7, 9, 10] doenças crónicas não específicas (Para-coccidioidomicose, Sífilis, Leishmaniose, Granulomatose de Wegener e Sarcoidose) e carcinoma da laringe.

O tratamento consiste na quimioterapia anti-tuberculosa. [11]

A tuberculose laríngea pode levar a fibrose que pode resultar em estenose da laringe, fixação da prega vocal, envolvimento da articulação cricoaritenóidea e morte [9]

## OBJECTIVO

O objectivo deste trabalho é chamar a atenção para a existência de tuberculose laríngea mesmo na ausência de tuberculose pulmonar.

## CASO CLÍNICO

Trata-se de uma doente de 36 anos de idade, do sexo feminino, de raça negra, empregada no balcão de uma loja, observada na consulta externa de ORL por disфонia, tosse seca e emagrecimento progressivo com 2.5 anos de evolução. Foi várias vezes tratada nos Centros de Saúde como faringite e faringolaríngea com antibiótico e anti-inflamatório.

### **Antecedentes pessoais e familiares;**

Sem hábitos tabágicos e alcoólicos.

### **Contacto positivo**

### **para Tuberculose pulmonar;**

O pai morreu de tuberculose quando ainda a doente era criança. Esteve internado no sanatório. O marido teve tuberculose e fez tratamento completo.

À observação revelou uma paciente consciante, com bom estado geral, com 46 Kg de

peso, mucosas coradas, sem dispneia, sem desidratação, com disfonia, sem cianose. Não se palpavam adenopatias cervicais. Auscultação pulmonar com murmúrio vesicular mantido em ambos campos pulmonares, frequência cardíaca de 84 batimentos por minuto, tensão arterial de 100/70 mm Hg.

A Laringoscopia indirecta revelou mucosa do palato e faringe hiperemiada. O resto da mucosa estava pálida. Edema ligeiro supraglótico. Havia um ligeiro arqueamento das cordas vocais. A corda vocal esquerda com mobilidade reduzida.

O hemograma revelou Glóbulos brancos 5.9, Hemoglobina 14.7, Plaquetas 304, Linfócitos 38.2%, Velocidade de sedimentação 74 mm/H, HIV negativo, Mantoux negativo.

O estudo radiológico do pescoço e do tórax não mostrou qualquer alteração.

A tomografia axial computadorizada feita sem contraste e prejudicada por artefactos de movimento (deglutição e respiração) revelou a existência de adenopatias pré-vertebrais, maiores à direita e mesmo com centro necrosado (parcialmente liquefeito) que deformavam o espaço faringo-laríngeo, particularmente a laringe, mais ou menos ao nível justa glótico e supraglótico. A corda vocal direita parecia estar menos deformada posteriormente, não sendo possível concluir se também estava afectada (por continuidade). Os seios piriformes estavam parcialmente deformados, mas não colapsados. Na parte posterior da corda vocal esquerda também havia deformação por aparente adenopatia posterior (pré-vertebral), mas menos que à direita. Níveis cricoideos sem alteração. Não se encontrou destruição grosseira das cartilagens.

Foi feita Faringo-Laringoscopia Directa sob anestesia geral que revelou extensa tumoração irregular, pálida, de cerca de 0.3 cm de altura por 1.5 cm de largura que se estendia até ao seio piriforme. Seio piriforme livre. A massa estava coberta de candidíase. Boca de Killian livre. Cordas vocais e vestibulo ocupado por uma massa de aspecto papilomatosa, sobretudo a

corda vocal direita. Aritmóides edemaciadas e hiperemiadas. Colocada hipótese diagnóstica de Candidíase orofaríngea e Sarcoma de Kaposi.

Foi medicada com Ketoconazol 1 comprimido por dia durante 40 dias e Clotrimazol em solução, enquanto aguardava resultado da biopsia, não tendo melhorado da disfonia...

O Exame anatomo-patológico revelou tecido revestido por epitélio pavimentoso estratificado, de baixo do qual havia várias formações granulomatosas com células epitelioides e abundantes células gigantes de Langhans e necrose caseosa. Não havia sinais de malignidade, tendo-se concluído tratar-se de Tuberculose laringea.

Iniciou tratamento específico para tuberculose e melhorou da disfonia após 2 meses de tratamento.

## DISCUSSÃO

A tuberculose laringea é a doença que mais frequentemente produz lesões granulomatosas ao nível da laringe. Apesar de estar geralmente associada a tuberculose pulmonar, tem sido cada vez menos identificada nas últimas décadas, sobretudo depois da descoberta da estreptomina em 1944. Este facto deve-se também a melhoria das condições económicas e a vacinação sistemática com BCG. [2].

Num país com uma grande incidência de tuberculose pulmonar, certamente haverá mais casos de tuberculose laringea que não estão a ser diagnosticados, por falta de suspeita clínica aliada à dificuldade nos meios de diagnóstico.

O principal sintoma de apresentação é a disfonia [1,11,12,13] de vários meses de duração [8], seguido de irritação na garganta [11]. Pode estar associado a tosse produtiva durante muitos anos, mas frequentemente este não é um sintoma proeminente [8].

No caso vertente a localização é comum com a descrita em outros estudos que apontam as cordas vocais verdadeiras como zona preferencial [11]. É provável que o longo processo de evolução percebido pela doente (2,5 anos)



FOTOS 1, 2 e 3. MOSTRANDO A TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA DA LARINGE E HIPOFARINGE EM DIFERENTES NÍVEIS, FEITA SEM CONTRASTE.

tenha contribuído para a extensão da lesão ao espaço supraglótico, assim como a necrose e a sobreinfecção fúngica descritas anteriormente. Isto chama a atenção para a importância de um diagnóstico precoce de modo a evitar complicações ou a morte.

Não foi identificado qualquer sinal de tuberculose pulmonar, pelo é de pensar que tratou-se de um caso com foco primário na laringe.

Dado que mesmo a tuberculose pulmonar nem sempre se apresenta com sinais que lhe são característicos, é de esperar que com relação à tuberculose laringea aconteça o mesmo ou pior. Isto pode explicar o facto de

este caso haver sido enviado tardiamente ao Serviço de ORL.

### CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÃO

Deve-se suspeitar de tuberculose laringea num paciente com sintomas laringeos, sobretudo nos casos que não estão associados com tuberculose pulmonar, para que se faça o diagnóstico precoce da doença para se evitar sequelas.

Um doente com disфонia de mais de 2-3 semanas deverá ser observado por um otorrinolaringologista.

### BIBLIOGRAFIA

1. Araki S, Kuratomi K: Tuberculosis of the larynx. A 10-year review of 14 patients. *Auris Nasus Larynx*; 10 Suppl: S91-5; 1983
2. Bonifacio Ricardo José: A propósito de 4 casos de laringite tuberculosa. *Rev. Port. ORL* 32 (5): 279-283; 1994.
3. Essaadi M, Raji A, Detsouli M, Mokrim B, Kadiri F, Laraqui NZ, Touhami M, Chekkouji BA e Beachakroun Y: Laryngeal tuberculosis: a propos of 145 cases. *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord)* 122(2): 125-8; 2001.
4. Galati F, Giorgi GE, Oliaro A, Ardizzi A, Barberis S, Bernardi V, Gai R, Onoscuri M: Tuberculosis of the larynx. *Today. Panminerva Med* 31(3): 13; 1989
5. Kandiloros DC, Nikolopoulos TP, Ferekidis A, Tsangaroulakis A, Yiotakis JE, Davilis D e Adamopoulos GK.: Laryngeal tuberculosis at end of 20 th century. *J Laryngol Otol* 111(7): 619-21; 1997
6. Mac-Arthur A Jr, Gloyd S, Perdigo P, Noya A, Sacarlal J e Kreiss J.: Characteristics of drug resistance and HIV among tuberculosis patients in Mozambique. *Int J Tuberc Lung Dis* 5(10): 894-902; 2001.
7. Oestreicher Y, Feinmeser R.: Laryngeal tuberculosis is not such a rare disease. *Harefuah* 140 (11): 998-1001, 1120; 2001.
8. Ramadan HH, Wax MK: Laryngeal tuberculosis: A cause of stridor in children. *American Medical Association* 12 (11): 109-112; 1995.
9. Sant Anna GD, Arrarte JL, Mauri M e Junior HC: Tuberculose da laringe: Relato de 7 casos e revisao da literature. *Rev. Port. ORL* 36(4): 299-304; 1998
10. Smallman LA, Clark DR, Raina CH, Proops DW e Shenoi PM: The presentation of laryngeal tuberculosis. *Clin Otolaryngol* 12(3): 221-5; 1987.
11. Tu HY, Li HY e Huang TS: Laryngeal tuberculosis: a series of 46 patients *Changcheng Yi Xue Za Zhi* 20 (2): 94-9; 1997.
12. Vidal R, Mayordomo C, Miravittles M, Marti S, Torrella M, Lorente J: Pulmonary and laryngeal tuberculosis. Study of 26 patients. *Rev Clin Esp* 196(6): 378-80; 1996.
13. Yencha MW, Linfesty R e Blacmon A.: Laryngeal tuberculosis. *Am J Otolaryngol*; 21(2): 122-6; 2000.
14. WHO Report 2002, Global Tuberculosis Control. Surveillance, Planning, Financing. Country profile, page 88-90; 2002.

### AGRADECIMENTOS

1. Professor Doutor Alfonso Rodrigues Baeza, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, Espanha.
2. Dr Alfredo Mac - Arthur Junior, Ministério de Saúde de Moçambique.
3. Dr. Mamudo Ismael, Serviço de Anatomia Patológica do Hospital Central de Maputo.
4. Dra Maria Alexandra Rodrigues, Departamento de Anatomia Humana, Universidade Eduardo Mondlane.